

Samtycke

Personuppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Samtycke

Jag lämnar samtycke till att socialtjänsten och hemsjukvården i Tranemo kommun utbyter information om mig avseende mitt ärende med nedanstående parter

<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Primärvård vårdcentral	<input type="checkbox"/> Närstående
<input type="checkbox"/> Hemsjukvård kommun rehab	<input type="checkbox"/> Primärvård rehab mottagning	<input type="checkbox"/> Fullmaktshavare
<input type="checkbox"/> Hemsjukvård sjuksköterskor	<input type="checkbox"/> Primärvård specialmottagning	<input type="checkbox"/> Legal företrädare, god man eller förvaltare
	<input type="checkbox"/> Sjukhus	<input type="checkbox"/> Annan, ange vem

Kontaktuppgifter närstående

Namn Relation/anhörig	Telefonnummer
Namn Relation/anhörig	Telefonnummer

Begränsat samtycke

Information får inte lämnas till

Namn Relation/anhörig	Namn
--------------------------	------

Underskrift

Datum	Namn
-------	------

Jag är medveten om att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke och har då ansvaret att meddela ansvarig handläggare detta.

När du kommunicerar med Tranemo kommun behandlar vi dina personuppgifter. För mer information om hur Tranemo kommun hanterar personuppgifter se <http://www.tranemo.se/personuppgifter>