



Tinn kommune

## *Samtykke – tverrfaglig samhandling*

Navn på barn/elev: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Jeg /vi gir med dette samtykke til at nedenfor nevnte etater løses fra sin taushetsplikt for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.

	Kryss av:
Skole	
Barnehage	
PP-tjenesten	
Barnevernstjenesten	
Helsesøster	
Sykehus/BUP	
Fastlege/ kommuneoverlege	
Sosialtjenesten/NAV	
Jordmor	
Andre:	

**Dette samtykket er gitt under forutsetning av at underskriverne på forhånd er gjort kjent med tema/opplysninger/vurderinger som kan drøftes med samarbeidende instanser. Samtykket er gyldig i et år og kan trekkes tilbake av underskriverne – dette gjøres skriftlig til tjenestestedet**

Dato/Underskrift foresatte 1: \_\_\_\_\_

Dato/Underskrift foresatt 2: \_\_\_\_\_

Dato/Underskrift fra ungdom over 15år: \_\_\_\_\_