**Samtykkeerklæring til utveksling av informasjon med andre virksomheter/ tjenester**

Navn på barnet/ ungdommen: (fyll inn)

Fødselsdato: (fyll inn)

Jeg/vi samtykker til at (fyll inn virksomhet) tar kontakt med de instanser jeg/ vi her gir tillatelse til, for at mitt barn kan få nødvendig oppfølging / henvisning i forbindelse med følgende oppmerksomhet: (fyll inn)

Jeg/ vi tillater at følgende informasjon kan gis:

Alt som anses nødvendig

Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om:

Hvilke instanser som kan kontaktes: (ta bort de som er uaktuelle)

Helsesykepleiertjenesten

PPT

Skole

Barnehage

Fastlege

Barneverntjenesten

Barne- og ungdomspsykiatrien

Andre (spesifiser)

Samtykket trer i kraft fra (dato) og varer til (dato) , evt. Revidert(dato)

Jeg/vi er gjort kjent med at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

Dato: (fyll inn) Foresatt med foreldreansvar:

Dato: (fyll inn) Foresatt med foreldreansvar:

Dato: (fyll inn) Ungdom over 15 år: