

Samtycke till informationsöverföring mellan samverkande hälso- och sjukvård och/ eller socialtjänst

Information till patient/ vårdtagare

Information om dig inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården omfattas av sekretess. För att möjliggöra samarbete mellan olika myndigheter och vårdgivare har du möjlighet att upphäva hela eller delar av sekretessen.

Samtycke kan ges för att överlämna eller ta del av information om dig, till eller från annan aktör inom socialtjänst och/ eller hälso- och sjukvård. Att ge samtycke är frivilligt och innebär att du godtar att personal inom socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun, som är direkt berörd i beslutsfattande eller utförande av socialtjänst och/ eller hälso- och sjukvård, får ta del av uppgifter om dig i aktuellt ärende.

Samtycket kan gälla ett enskilt tillfälle, men också vara giltigt en viss tidsperiod. Du kan när som helst återkalla samtycket, under pågående process, ärende eller kontakt.

Övrig information gällande samtycke

Samtyckesblankett och information om samtycke utlämnas i samband med att den enskilde tillfrågas om samtycke. Den enskilde ska erhålla både muntlig och skriftlig information.

Om den enskilde nekar samtycke, ansvarar den enskilde för att informera berörd personal hos respektive aktör av socialtjänst och/ eller hälso- och sjukvård om vad de behöver veta.

Om den enskilde inte är beslutsförmögen eller kan lämna samtycke kan en bedömning göras om presumerat samtycke vilket då innebär att åtgärden bedöms vara förenlig med den enskildes vilja. Ett sådant antagande bygger på att den enskilde har informerats om åtgärden och då inte givit uttryck för någon motvilja mot att den genomförs. För att utreda den enskildes ställningstagande i frågan kan uppgifter inhämtas från närstående, företrädare eller annan person som känner den enskilde väl. Om ingen person finns att tillfråga för att utreda samtyckesfrågan, så är det ansvarig personal som fattar beslut utifrån att det antas ha betydelse för den enskildes hälsa och fortsatta vård och omsorg. Ett presumerat samtycke ska följas upp och omprövas årligen.

Samtycket, oavsett form, och även nekat samtycke dokumenteras i verksamhetssystemet. Originalen av samtyckesblanketten förvaras i vårdpärmerna och kopia i journalen. Om samtycket återkallas ska det dokumenteras i verksamhetssystemet och blanketten uppdateras.

Samtycke

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer 12 siffror
Adress	Postnummer	Postort
Telefon	E-post	

Samtyckets omfattning

Omfattning	Jag samtycker	Jag samtycker inte
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun (socialtjänst och hälso- och sjukvård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i Örkelljunga kommun och annan kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun och regional/ offentlig/ privat hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhämtande av information i NPÖ (nationell patientöversikt) av legitimerad personal i hälso- och sjukvården i Örkelljunga kommun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun och Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun och skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun och närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring mellan socialförvaltningens verksamheter i Örkelljunga kommun och annan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samtyckets giltighetstid

Giltighetstid (markera endast ett alternativ)
<input type="checkbox"/> Endast detta tillfälle. Datum: _____
<input type="checkbox"/> 3 månader
<input type="checkbox"/> 6 månader
<input type="checkbox"/> 1 år
<input type="checkbox"/> Gäller t.o.m.: _____

Genom att underteckna denna blankett bekräftar du, enligt ovanstående, vad du samtycker och/ eller inte samtycker till gällande informationsöverföring utan hinder av sekretess.

Jag har tagit del av ovanstående information och är medveten om att jag kan återkalla mitt samtycke när som helst, om jag så önskar.

Datum och ort: _____

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Vid presumerat samtycke, fyll i nedanstående:

Uppgifter om den enskildes ställningstagande inhämtat av: _____

Uppgifter om den enskildes ställningstagande inhämtat från: _____

Bedömning om presumerat samtycke utfört av: _____

Datum för omprövning av presumerat samtycke: _____

Vid återkallelse av samtycke, fyll i nedanstående:

Härmed återkallar jag mitt samtycke

Datum och ort: _____

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____