**Samtykkeskjema
Barn som pårørande**

|  |  |
| --- | --- |
| Løyve til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid. Barnet sitt namn: Utveksling av opplysingar: Løyve trer i kraft: Underskrift:  | Vi/eg samtykker med dette til at opplysingar som har betydning for barnet vårt sin livskvalitet/meistring og utvikling kan delast mellom dei ulike aktørane som samarbeider med oss.  Fødselsnummer Dersom barnet er mellom 12-16 år, er det informert? JA  NEIDersom barnet er over 16 år skal det samtykke sjølv: Namn: Underskrift **Samtykke** gjev følgande personar høve til å utveksle naudsynte opplysingar i samarbeid om barnet mitt/vårt. Helsesøster: Fastlege: Fysioterapeut:Skule:PPT: NAV:Barnevern:Bup:Kreftkoordinator/ressursspl:Psykiatrisk sjukepleiar/ruskonsulent:Barnehage: Andre: og varar til:Stad/Dato: Føresette: Frå spesialisthelsetenesta:  For kommunen:  |