**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    NEI  Dersom 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: |