



Samtykkeerklæring

Med denne samtykkeerklæring giver du tilladelse til, at deltagerne i Patientens team må udveksle personoplysninger på tværs af Psykiatrien, kommunen og almen praksis, (jf. den samarbejdsmodel, der er beskrevet i "Forløbsprogram for mennesker med bipolar affektiv sindslidelse")

Du giver tilladelse til, at de fagpersoner, der arbejder sammen om at planlægge og koordinere dit behandlings- og rehabiliteringsforløb, må udveksle oplysninger af personfølsom karakter - herunder helbredsmæssige oplysninger - om dig.

Hvad er formålet?

Samarbejdet i Patientens team har til formål at skabe størst mulig sammenhæng i dit samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb. Der vil især være fokus på at forbedre dine muligheder for at fastholde/komme i job eller uddannelse.

Hvem skal bruge dit samtykke?

Dit samtykke omfatter de fagpersoner, du er i kontakt med, og som er med i Patientens team. Det vil sige medarbejdere i Psykiatrien, almen praksis (egen læge) og kommunen (jobcenter, socialpsykiatri, social-/ydelsesområdet, sundhedsområdet) samt eventuelt andre relevante fagpersoner.

Hvornår bruges dit samtykke?

Samtykket er gældende fra dags dato og 1 år frem.

Jeg giver samtykke til, at der må udveksles oplysninger i forbindelse med et udvidet tværgående samarbejde i regi af Patientens team, jf. "Forløbsprogram for mennesker med bipolar affektiv sindslidelse"

Dato:

Samtykket gælder til dato:

Navn på samtykkegiver:

CPR-nummer:

Udveksling af oplysninger sker efter Retssikkerhedslovens § 11a-c og Forvaltningslovens § 28, Sundhedslovens § 41- 44 samt Persondataloven.