



SAMTYCKTE TILL  
INFORMATIONsutbyte  
- Lokal samordnad  
individuell plan, L-SIP

För att berörda verksamheter på bästa sätt ska kunna samverka kring mig, samtycker jag till att dessa får utbyta information utan hinder av sekretess. Samtycket gäller för den samordning av insatser som nu startar. Det kan exempelvis handla om kontakter per telefon och vid upprättandet av min lokala samordnade individuella plan, L-SIP. Samtycket gäller bara information som är viktig för att de samverkande verksamheterna på bästa sätt ska kunna hjälpa mig och jag kan när som helst återkalla samtycket.

Datum för upprättande:

Samtycket återkallas/upphör/omprövas:

Samtycket gäller följande verksamheter:

**Den enskilde**

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefonnummer:

Namnsteckning

---

**Vårdnadshavare, förvaltare eller annan företrädare för den enskilde**

Datum:

Datum:

Namn och underskrift

Namn och underskrift

---

---

**Samtycke inhämtat av**

Namn:

Funktion/Verksamhet:

Kontaktuppgifter: