

Samtycke

SIP-processen och Samordnad individuell plan

Jag ger mitt samtycke till att de som ska vara med på SIP-mötet får ta kontakt och prata med varandra om saker som handlar om hur man på bästa sätt ska kunna hjälpa mig. Det kan till exempel handla om kontakter på telefon när min SIP ska tas fram och rör bara information som är viktig för att kunna hjälpa mig. Jag kan när som helst dra tillbaka samtycket. Se bilaga för mer information.

Gäller från	Gäller till
Datum	Datum

Gäller för (Funktion/relation/verksamhet)

Jag som lämnar samtycke	
Namn	Personnummer
Telefonnummer	

Namnteckning

.....

Mina vårdnadshavare, min förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

Namn	Namn
Relation	Relation

Namnteckning

Namnteckning

Inhämtat av huvudansvarig SIP/huvudansvarig fast vårdkontakt

Namn	Funktion/verksamhet
Kontaktuppgifter	

Jag återtar mitt samtycke

Datum	Namnförtydligande
-------	-------------------

Namnteckning