

## SAMTYCKE till samarbete och informationsutbyte

Vi vill i vårt arbete ha en helhetssyn på det sociala och psykiatriska insatserna från såväl den psykiatriska vården som socialtjänsten.

Du har möjlighet att påverka din livssituation med mål och struktur i din vardag tillsammans med dina två Vård och stödsamordnare.

Jag ger mitt samtycke till samarbete och informationsutbyte mellan

..... och .....

Samtycket kan återkallas:

Datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Samtycket återkallat:

Datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_