

Samtycke

Jag samtycker till att följande person/personer får ha kontakt med mottagningar inom Habilitering & Hälsa angående min funktionsnedsättning och att kontakten får journalföras i min journal.

Samtycket innebär att personerna får boka möten åt mig och ta del av de insatser som planeras med habiliteringen

Mitt namn

Mitt personnummer

De här får ha kontakt med habiliteringen för mig

Namn

Personnummer

Namn

Personnummer

Samtycket gäller 12 månader från det datum det skrivs på.

Min namnteckning

Datum
