

Samtycke till kontakt med mottagningar inom Habilitering & Hälsa

Du skickar blanketten till:

Habilitering & Hälsa,
Box 170 56, 104 62 Stockholm

Jag ger samtycke till att följande person/personer får ha kontakt med mottagningar inom Habilitering & Hälsa i Stockholms län om sådant som gäller min funktionsnedsättning.

Samtycket innebär att

- personerna får boka möten åt mig
- personerna får ta del av planeringen av de insatser jag får från habiliteringen.
- kontakten mellan dessa personer och personal inom Habilitering & Hälsa får skrivas i min journal

Person som ger samtycke

För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
--------------------	------------------------------

Person/personer som får samtycke att ha kontakt med habiliteringen

För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
För- och efternamn	Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Samtycket gäller i 12 månader från den dag du skriver under.