Vi vill ge ert barn/ungdom och er familj ett så bra och samlat stöd som möjligt. Därför samverkar verksamheter inom Region Västerbottens hälsocentraler/sjukstugor, Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård och \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kommuns förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst. Uppgifter om ert barn omfattas av olika bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) säger att uppgifter inte utan vidare kan lämnas till annan myndighet. Som vårdnadshavare kan du lämna ett samtycke till att sekretessen kan brytas. Samtycket innebär att uppgifter om ditt barns förskola/skolgång, sociala situation, fysisk/psykisk hälsa, som i vanliga fall skulle omfattas av sekretess kan lämnas från hälsocentralen/sjukstugan, kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård till kommunens förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst för att möjliggöra ett samordnat stöd till er. Dokumentation sker i respektive verksamhet, enligt ordinarie rutiner och lagstiftning.

Hävande av sekretess gäller för

 Barnets/ungdomens namn och personnummer

Barnet/Ungdomen är listad vid

 Ange aktuell hälsocentral/sjukstuga

Barnet/Ungdomen går i

 Ange aktuell förskola/skola

Medverkande verksamheter i HLT:

[ ]  Förskola/skola och elevhälsa

 Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten

[ ]  Hälsocentral /sjukstuga, KC MBHV

 Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten
[ ]  Socialtjänst

 Namn och yrkeskategori ifylles av verksamheten

Hävandet av sekretess gäller för nedan nämnd verksamhet och information till vårdnadshavare har givits av:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verksamhet Namn och yrkeskategori

[ ]  **Härmed godkänner jag/vi som vårdnadshavare, att uppgifter om mitt barn/ungdom**

 **får lämnas från ovanstående verksamhet inom Region Västerbotten till medverkande verksamheter**

 **i HLT. Hävandet av sekretessen gäller vid samverkansmöte HLT, samt följande samverkande möten**

 **enligt Samordnad individuell plan (SIP). Mitt samtycke gäller endast information om mitt barns**

 **förskola/skolgång, social situation, fysisk/psykisk hälsa, som behövs för att de samverkande**

 **verksamheterna ska kunna hjälpa mitt barn/ungdom på bästa sätt.**

 **Jag kan när som helst återkalla mitt samtycke genom att kontakta någon av angivna verksamheterna.**

Ort, datum:

|  |
| --- |
|   |

Underskrift vårdnadshavare Namnförtydligande

|  |
| --- |
|   |

Underskrift vårdnadshavare Namnförtydligande

|  |
| --- |
|   |

Underskrift berörd ungdom Namnförtydligande

**Medgivandet gäller högst 1 år från datum för underskrift, eller upphör att gälla då samverkande insatser avslutas.**