

## Samtycke till att häva sekretess

Vårdverksamheten vill ha ditt samtycke till att häva hälso- och sjukvårdssekretessen gentemot de aktörer som du tillåter. Det gäller uppgifter om ditt sjukfall och din rehabilitering och vi behöver samtycket för att kunna samordna den vård och den rehabilitering du får för att du ska kunna få stöd att återgå i arbete eller annan sysselsättning så fort som möjligt.

Hälso- och sjukvården har bedömt följande uppgifter som nödvändiga för att på bästa sätt kunna koordinera dina insatser:

- hälsotillstånd
- arbetsförhållanden
- tidigare rehabiliteringsinsatser
- tidigare utredningar
- expertutlåtanden, till exempel medicinska utlåtanden
- annan nödvändig information:.....

Endast de uppgifter som är nödvändiga får delas. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

### Samtycket slutar gälla

Samtycket slutar gälla när din behandling och rehabilitering avslutats, dock senast ett år efter att du gett ditt tillstånd. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Enklast gör du det genom att ta kontakt med den vårdverksamhet där samtycket gäller.

### Om du har frågor

Om du har frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta din vårdverksamhet.

## Samtycke att lämna information till annan aktör

Namn	Personnummer
Vårdenhet	Datum

För att hälso- och sjukvården ska kunna hjälpa dig på bästa sätt så kan vi behöva samverka med andra aktörer och lämna ut information om dig och din situation. Vi behöver därför ett skriftligt samtycke från dig om att vi får lämna ut nödvändiga uppgifter till berörda aktörer.

Jag samtycker till att berörda på den vårdcentral eller klinik där jag har vårdkontakt får lämna nödvändig information om mig till valda aktörer nedan, för att kunna erbjuda aktiva och samordnade insatser.

### Sekretessen hävs för uppgifter avseende:

- hälsotillstånd
- arbetsförhållanden
- tidigare rehabiliteringsinsatser
- tidigare utredningar
- expertutlåtanden, till exempel medicinska utlåtanden
- annan nödvändig information:.....

Endast de uppgifter som är nödvändiga får delas. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

### Kontaktperson

(den vi i första hand kontaktar)

*Namn*

*Tel.*

**Hälso- och sjukvården** Ja  Nej  .....

**Anhörig** Ja  Nej  .....

**Försäkringskassan** Ja  Nej  .....

**Arbetsförmedlingen** Ja  Nej  .....

**Kommunen** Ja  Nej  .....

**Annan** Ja  Nej  .....

Jag har fått information om vad samtycket innebär och förstår att det är frivilligt att ge samtycke samt att jag kan återkalla det när jag vill. Samtycket gäller i pågående sjukfall och under rehabilitering, längst ett år.

Om du har frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta din vårdverksamhet.

Ort.....

Datum.....

.....  
Namn

.....  
Namnförtydligande