**Samtycke till att häva sekretess**

Vårdverksamheten vill ha ditt samtycke till att häva hälso- och sjukvårdssekretessen gentemot din arbetsgivare. 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 och så att dina arbetsuppgifter ska kunna anpassas utifrån dina behov.

Ditt samtycke omfattar endast uppgifter som är nödvändiga för att ge dig bästa möjliga stöd i sjukskrivningen och/eller rehabiliteringen. 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 arbetsgivare**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 **min arbetsgivare**, för att kunna erbjuda aktiva och samordnade insatser.

**Information som behöver lämnas till arbetsgivaren är:**

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

**Arbetsgivare** (namn, telefonnummer, befattning)

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

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.

Ort den

Namn Namnförtydligande

****