

## Samtycke om samverkan och informationsutbyte mellan myndigheter och organisationer

Undertecknad .....Person nr .....

Undertecknad ger härmed behörig personal vid Metadonsektionens Utredningsenhet min tillåtelse att rekvirera och ta del av journalhandlingar från samtliga vårdgivare inom Hälso- och sjukvården.

De har även min tillåtelse att utbyta information som kan vara relevant för att fastställa diagnosen opioidberoende samt bedöma behandlingsinsatser med berörda myndigheter och organisationer.

Jag samtycker till sammanhållen journalföring.

Jag har rätt att dra tillbaka detta samtycke när jag så önskar

Ort.....

Ort.....

Datum.....

Datum.....

Underskrift.....

Bevittnas.....