

Blankett för samtycke till samverkan

Blanketten är till för dig som har en aktuell insats inom äldreomsorgen. Sektorn för välfärd och omsorg hanterar dina personuppgifter så länge ditt ärende är aktuellt och därefter sparas uppgifterna i fem år. Undantag för gallring görs för personer födda på datumen 5, 15 och 25 i varje månad, då dessa arkiveras med hänsyn till forskningens behov. Detta i enlighet med gallringsbestämmelser i 12 kap 1 § i socialtjänstlagen. Mer information går att finna på: <https://www.sundbyberg.se/dataskydd>.

Äldreomsorgen samverkar med andra enheter inom sektorn för välfärd och omsorg och med sjukvårdsinstanser såsom akutsjukvården, primärvården och geriatriken. Vi samverkar även internt med våra egna verksamheter och anhöriga i de fall det behövs. Vi vill i vårt arbete få en helhetssyn av individens sociala behov och hälso- och sjukvårdsbehov. Målet är att uppnå en så god livskvalitet som möjligt för den enskilde. För att vi ska kunna samverka behöver vi ditt samtycke till att utbyta information som är viktig för att vi ska kunna göra en helhetsbedömning.

Härmed ger jag mitt samtycke till att information får utbytas mellan nedanstående parter om det som har betydelse för att tillgodose mina behov av insatser. Samtycket gäller tills vidare och jag kan ta tillbaka det när jag vill.

Andra enheter inom sektorn för välfärd och omsorg (social- och arbetsmarknadsnämndens verksamheter)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukvårdsinsatser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tillfälligt boende/särskilt boende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Anhöriga	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du samtycker till kontakt med anhöriga, vänligen specificera vem/vilka samtycket avser att gälla		
Annan	<input type="checkbox"/> Ja	

Personuppgifter

Namn	Personnr
Adress, bostad	Telefon bostad
Postnummer och ort	Telefon mobiltelefon

Underskrift

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Blanketten skickas till
Sundbybergs stad
Sektorn för välfärd och omsorg
172 92 Sundbyberg