



Intresseanmälan En väg in...

Namn:	Pnr:
Adress:	Postnr och postort:
Telefon:	E-post:

Jag som remitterar:

Namn: _____

Telefon: _____ Epost: _____

Mitt arbetsställe (myndighet/vårdenhet):

Beskriv varför du önskar en kartläggning och en bedömning av behovet av samverkan mellan parterna*) :

Samtycke

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan de samverkande parterna*. Det betyder att En väg in ... får inhämta och utbyta nödvändig information om mig från dessa parter. Syftet är att möjliggöra kartläggningen och rehabiliteringsplaneringen för mig.

Det skriftliga samtycket, den eventuella information som inhämtas från de samverkande parterna, samt teamets arbetsanteckningar sparas i ett låsbart skåp på enheten. Endast teamets personal har tillgång till handlingarna. När vi avslutat kontakten och slutdokumentationen har skickats till de samverkande parterna, upphör samtycket att gälla och all befintlig information om dig makuleras.

Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke varefter ditt deltagande i En väg in ... avslutas och dina handlingar makuleras.

Underskrift: _____ Pnr: _____

Namnförtydligande: _____ Datum: _____

*Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten, primärvården samt psykiatrin