

**Samtycke till behandling av personuppgifter och informationsutbyte**

Jag samtycker till att **WeMind LARO** behandlar mina personuppgifter för att administrera och genomföra min vård, inklusive uppstart av verksamheten och överföring av uppgifter från tidigare vårdgivare i samband med att jag tackat ja till fortsatt behandling hos WeMind LARO.

Jag samtycker även till nödvändigt informationsutbyte mellan WeMind LARO och andra vårdgivare samt berörda instanser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, när detta är nödvändigt för min vård och behandling.

**Samtycke till sammanhållen journalföring**

Jag samtycker till att behörig personal vid WeMind LARO får ta del av journaluppgifter om mig från andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring, i den utsträckning det är nödvändigt för att ge mig en god och säker vård.

Jag är informerad om att:

- jag när som helst kan återkalla mitt samtycke,
- jag kan begära spärr av uppgifter,
- samtycket gäller i ett år från undertecknandet om det inte återkallas tidigare.

Socialtjänst, ange kommun: \_\_\_\_\_

Vuxenenheten  Barn/familj

Ekonomiskt bistånd  Annan: \_\_\_\_\_

Vårdcentral \_\_\_\_\_  Sjukhus \_\_\_\_\_

Övrig sjukvård \_\_\_\_\_

Läkemedelsordinationer \_\_\_\_\_

Polisen \_\_\_\_\_

Försäkringskassan  Arbetsförmedlingen  Kriminalvård/Frivård

Behandlingshem \_\_\_\_\_

Boende \_\_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Ort/datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_