



Samtycke för SIP (Samordnad individuell plan)

Jag ger mitt samtycke till att de som ska vara med på SIP-mötet får ta kontakt och prata med varandra om saker som handlar om hur man på bästa sätt ska kunna hjälpa mig. Det kan till exempel handla om att dela information om min fysiska och psykiska hälsa, min utveckling och lärande samt min sociala situation.

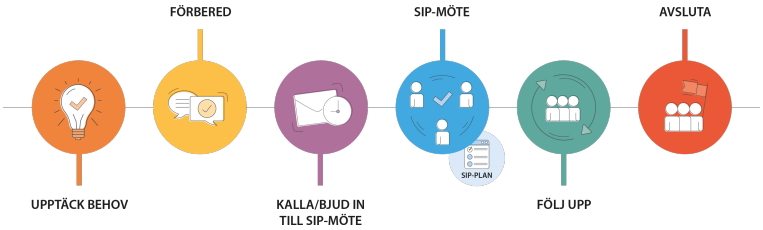
Jag kan när som helst dra tillbaka mitt samtycke.

Gäller från	Gäller till (max 1 år)
Datum	Datum

Samtycket tillhör	
Namn	Personnummer

Gäller nedan angivna verksamhet, funktion, roll		
Verksamhet	Namn	Telefonnummer
Socialtjänst		
Hälso- och sjukvård		
Skola		
Övriga		

Region Gotland





Muntligt samtycke (om muntligt samtycke inte kan ske kan digital signering göras genom säkra meddelanden eller genom att skriva ut dokumentet och få underskrift från vårdnadshavare/den enskilde eller förvaltare)

Jag ger muntligt samtycke ☐		
Vårdnadshavare alternativt förvaltare eller annan förmyndare ger muntligt samtycke ☐		
Återkallande av samtycke	Datum:	Telefon:

Ensam vårdnadshavare ☐

Mina vårdnadshavare, min förvaltare eller annan företrädare (om aktuellt)

Namn	Namn
Relation	Relation
Namnteckning	Namnteckning

Inhämtat av sammankallande för SIP

Namn	Funktion/verksamhet
Kontaktuppgifter	

Detta dokument bifogas journalhandling hos berörd myndighet. Kopia till vårdnadshavare/förvaltare eller annan företrädare.

Dina personuppgifter kan behöva lagras hos Region Gotland på legala grunder. För att få veta närmare hur Region Gotland behandlar personuppgifter se: Personuppgifter – GDPR | Region Gotland där det även finns anvisningar om hur du kan ta del av dina personuppgifter