



Samtykke vedrørende deling af dine/dit barns personoplysninger i forbindelse med tværsektorielt sparringsmøde **Samråd Jammerbugt Kommune** d. XX-XX-20XX

**Vedr.:** [indsæt barnets navn] **CPR:** [indsæt barnets cpr.nr.]

**Henviser til Samråd:** [navn, funktion, afdeling, kontaktoplysninger] **Dato:**

---

På Samrådet drøfter professionelle fra forskellige faggrupper, hvordan du/ dit barn kan komme til at trives bedre i hverdagen, hvilke indsatser der kunne være relevante at tilbyde og om henvisning til psykiatrien er relevant.

*Afkryds i boksen nedenfor, hvis du ønsker at give samtykke til, at de nævnte faggrupper deltager.*

- Jeg giver mit samtykke til, at Tværfagligt Udgående Team (TUT) i Børne- og ungdomspsykiatrien må deltage i sparringsmødet**
- Jeg giver mit samtykke til at din almen praktiserende læge må deltage i mødet.**
- Jeg giver mit samtykke til, at Leder af Familiecenteret, Leder af Børne-og familieafdelingen, teamleder af myndighed, teamleder af specialafsnittet og leder af PPR må deltage i sparringsmødet.**

Samtykket bortfalder automatisk efter sparringsmødet. Du kan trække dit samtykke tilbage frem til sparringsmødets afholdelse. For at trække dit samtykke tilbage, skal du kontakte henviser (angivet øverst i samtykkeerklæringen).

---

For at deltagerne på sparringsmødet kan give den bedste sparring på, hvordan din/dit barns trivsel kan styrkes, har de brug for at dele relevante personoplysninger om dig/dit barn forud for sparringsmødet. Det kan fx være oplysninger om din/ dit barns hverdag, sundhed, udvikling og familieforhold.

*Afkryds i boksene nedenfor ud for de oplysninger, du giver samtykke til, at deltagerne deler.*

**Jeg giver mit samtykke til, at Jammerbugt Kommune kan dele personoplysninger om mig/mit barn med mødedeltagerne, som har relevans for drøftelserne på sparringsmødet.** De enkelte afdelinger i kommunen afgør, hvilke oplysninger, der er relevante for drøftelserne på sparringsmødet.

- Oplysninger fra daginstitution/dagpleje i kommunen, som har relevans for drøftelserne på mødet
- Oplysninger fra skole/undervisningsinstitution i kommunen, som har relevans for drøftelserne på mødet
- Oplysninger fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunen, som har relevans for drøftelserne på mødet
- Oplysninger fra Børne- og Familierådgivningen i kommunen, som har relevans for drøftelserne på mødet.

- Jeg giver mit samtykke til, at almenpraktiserende læge kan dele personoplysninger fra min/ mit barns patientjournal, som har relevans for drøftelserne på sparringsmødet, med mødedeltagerne.** Den enkelte læge afgør, hvilke oplysninger, der er relevante for drøftelserne på sparringsmødet.
- Jeg giver mit samtykke til, at Tværfagligt Udgående Team i Børne-og ungdomspsykiatrien kan dele relevante personoplysninger fra min/ mit barns patientjournal i Børne-og ungdomspsykiatrien, med mødedeltagerne på sparringsmødet.** Tværfagligt Udgående Team afgør, hvilke oplysninger, der er relevante for drøftelserne på sparringsmødet.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke til deling af oplysninger tilbage.  
Nedenfor kan du læse om, hvem du i så fald skal kontakte.

Du kan i nedenstående orientere dig omkring, hvordan de relevante forvaltninger/ afdelinger opbevarer dine data.

**Jammerbugt Kommune/PPR:** Du kan læse mere om dine rettigheder på [jammerbugt.dk/service-og-selvbetjening/borger/familie-og-born/](http://jammerbugt.dk/service-og-selvbetjening/borger/familie-og-born/). Hvis du har spørgsmål til samtykkeerklæringen eller anvendelsen af oplysningerne, eller ønsker du at trække samtykket tilbage, er du velkommen til at kontakte Pernille Skyum på 41912124.

**Jammerbugt Kommune/BFR:** Du kan læse mere om dine rettigheder på [jammerbugt.dk/vores-kommune/vi-passer-pa-dine-oplysninger/](http://jammerbugt.dk/vores-kommune/vi-passer-pa-dine-oplysninger/). Hvis du har spørgsmål til samtykkeerklæringen eller anvendelsen af oplysningerne, eller ønsker du at trække samtykket tilbage, er du velkommen til at kontakte Gitte Krogager 7257 7295.

**Tværfagligt Udgående Team, Børne- og ungdomspsykiatrien, Region Nordjylland:** Du kan læse mere om dine rettigheder på <https://rn.dk/om-region-nordjylland/dine-rettigheder-naar-regionen-behandler-oplysninger-om-dig>. Hvis du har spørgsmål til samtykkeerklæringen eller anvendelsen af oplysningerne, eller ønsker du at trække samtykket tilbage, er du velkommen til at kontakte Lotte Bibi Bak på mail [l.back@rn.dk](mailto:l.back@rn.dk).

**XX læge:** Du kan læse mere om dine rettigheder på [indsæt link]. Hvis du har spørgsmål til samtykkeerklæringen eller anvendelsen af oplysningerne, eller ønsker du at trække samtykket tilbage, er du velkommen til at kontakte XX på [mail].

---

## DATO OG UNDERSKRIFT

.....  
Dato                      Underskrift fra den unge over 15 år

**Underskrift fra forældremyndighedsindehaver/indehavere**

.....  
Dato                      CPR og underskrift (påkrævet)

.....  
Dato                      CPR og underskrift