

BILAG 3.1

Samtykkeerklæring til netværksmøder

Regionshuset, august 2024

Journalnr. 23/25506

Samtykkeerklæring

Netværksmøder

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, som du og dit barn har haft eller får kontakt med. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at videregive oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder. For at vi kan det, skal du give tilladelse til det.

Dette samtykke omhandler skriftlig videregivelse af relevante oplysninger i forbindelse med Familieambulatoriets netværksmøder.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, videregiver relevante oplysninger om mine / mit barns helbredsmæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far /medmor):
Mors cpr.nr.:	Fars cpr.nr.:
Barnets navn:	
Barnets cpr.nr.:	

Oplysningerne må videregives til relevante aktører i forbindelse med afholdelse af netværksmøder med følgende aktører: (angiv navn, afdelinger, og myndighed på de aktører, som deltager i mødet):

Samtykket omfatter videregivelse af følgende oplysninger (udfyldes af Familieambulatoriet Plus):

Dato	Underskrift
Dato	Underskrift

Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.

Lovgrundlag:
Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.
Databeskyttelsesforordningen.

Samtykkeerklæring til børneopfølgning

Regionshuset, august 2024
Journalnr. 23/25506

Samtykkeerklæring
Til børneopfølgning

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, og myndigheder som du og dit barn har haft eller får kontakt med. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at indhente og videregive oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, indhenter og videregiver relevante oplysninger om min/mits barns helbredsmæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far/medmor):
Cpr.nr. (mor):	Cpr.nr. (far/medmor):
Barnets navn:	
Barnets cpr.nr.:	

Der må videregives oplysninger til:

- ☐ Daginstitution
- ☐ PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)
- ☐ Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- ☐ Behandlingsinstitutioner
- ☐ Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger (Inkl. E-Journal)
- ☐ Afdelingen for Kvindesygdomme og fødsler
- ☐ Sundhedsplejerske
- ☐ Praktiserende læge
- ☐ Plejefamilie
- ☐ Andre (angives hvilke)

Der må indhentes oplysninger fra:

- ☐ Daginstitution
- ☐ PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)
- ☐ Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- ☐ Behandlingsinstitutioner
- ☐ Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger (Inkl. E-Journal)
- ☐ Afdelingen for Kvindesygdomme og fødsler,
- ☐ Sundhedsplejerske
- ☐ Praktiserende læge
- ☐ Plejefamilie
- ☐ Andre (angives hvilke)

Samtykket omfatter udveksling af følgende oplysninger: (Udfyldes af Familieambulatoriet Plus)

Dato	Underskrift
Dato	Underskrift

Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.

Lovgrundlag:
Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.
Databeskyttelsesforordningen.

Samtykkeerklæring til familieambulatoriet – graviditet og fødsel

Regionshuset, august 2024

Journalnr. 23/25506

Samtykkeerklæring

Graviditet og fødsel

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, som du har haft eller får kontakt med i dit forløb. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at videregive og indhente oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder. For at vi kan det, skal du give tilladelse til det.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, indhenter og videregiver relevante oplysninger om mine/ mit barns helbreds-mæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far/medmor):
Cpr.nr. (mor):	Cpr.nr. (far/medmor):

Der må videregives oplysninger til:

- ☐ Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- ☐ Jobcenter
- ☐ Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger
- ☐ Børne-og ungeafdelingen
- ☐ Sundhedsplejerske
- ☐ Kommunale behandlingscentre
- ☐ Andre (angives hvilke)

Der må indhentes oplysninger fra:

- ☐ Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- ☐ Jobcenter
- ☐ Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger
- ☐ Sundhedsplejerske
- ☐ Kommunale behandlingscentre
- ☐ Andre (angives hvilke)

Samtykket omfatter udveksling af følgende oplysninger: (Udfyldes af Familieambulatoriet)

Dato

Underskrift

Dato

Underskrift

Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.

Lovgrundlag:

Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.

Databeskyttelsesforordningen.

Bilag til samtykkeerklæring – information om forældremyndighed og bopæl

Regionshuset, august 2024

Journalnr. 23/25506

**Bilag til samtykkeerklæring: Information om
forældremyndighed og bopæl****Barnets navn:**

Bor barnet hos en anden?

Ja ☐Nej ☐Forældremyndighedsindehavere: Mor ☐Far ☐Begge ☐Andre:

Kontakt tlf.:

Må der sendes sms-reminder til dette nr.? Ja ☐Nej ☐

Såfremt der sker adresseændringer, bedes I kontakte XXXXX

Der gøres opmærksom på, at psykologisk undersøgelse kan blive optaget på video til brug for psykolo- gen i arbejdet med scoringen af undersøgelsen.

Dato

Underskrift

Dato

Underskrift