



SAMTYCKE

Jag samtycker till att rehabiliteringssamarbetsgruppen behandlar mitt rehabiliteringsärende. Jag samtycker också till att arbetsgruppen och kontaktpersonen får inhämta sekretessbelagda uppgifter som gäller rehabiliteringen i den utsträckning som behövs för behandling av ärendet. Sådana uppgifter är exempelvis uppgifter om hälsotillstånd, utkomstskydd, rehabiliterings-, dagpenning- och pensionsfrågor samt frågor som hänför sig till utbildnings- och sysselsättningsmöjligheter. Rehabiliteringssamarbetsgruppen och kontaktpersonen ska enligt lagen hemlighålla uppgifterna.

Jag har rätt att delta i behandlingen av mitt ärende i rehabiliteringssamarbetsgruppen och rätt att kontrollera uppgifterna om mig. Rehabiliteringssamarbetsgruppen är registeransvarig och svarar för behandlingen av de uppgifter som kommer fram i gruppens verksamhet under den tid som behandlingen av ärendet pågår. Därefter förvaras uppgifterna i hälsocentralens arkiv.

Kryssa för det önskade alternativet:

Ja

Nej

Jag vill delta i behandlingen av mitt ärende
i rehabiliteringsarbetsgruppen

Jag samtycker till att rehabiliteringsarbetsgruppen hör
också närstående personer

Den närstående personens namn _____

Kontaktinformation _____

Jag samtycker till att arbetsgruppen får ge utlåtande
till en myndighet (t.ex. arbetskraftsförvaltningen
eller Folkpensionsanstalten), en institution (t.ex.
arbetspensionsanstalt) eller annan instans.

Namn _____

Personbeteckning _____

Adress _____

Telefon _____

Plats och tid

Underskrift

Samtycket gäller så länge som ärendet behandlas. Klienten kan återkalla samtycket genom ett skriftligt meddelande om detta till arbetsgruppen.

Det samtycke som gets arbetsgruppen bevaras efter det att behandlingen av ärendet har slutförts i hälsocentralens arkiv.