

HENVISNING TIL SYNS- OG HØRSELSKONTAKT

Dato:	
Navn:	Fødselsnummer:
Adresse:	Tlf.:
Henvist fra:	
Adresse:	Tlf.:
Evt. Kontaktperson:	
Adresse:	Tlf.:
Andre relevante opplysninger om bruker (navn på nærmeste pårørende/bor alene/tillegg funksjonshemninger):	
Behandlerende lege/øyelege/sykehusavd.:	
Adresse:	Tlf.:
Diagnose:	
Visus (synsstyrke):	
Siste øyelegebesøk:	
Dato:	Sted:
Siste optikerbesøk:	
Dato:	Navn på optiker:
Henvisningsårsak/aktuelt problem:	

Postadresse:
Syns- og hørselskontakt Karin Tjervåg
Virksomhet Spjelkavik omsorgssenter
Postboks 1521
6025 Ålesund

Besøksadresse:
Syns- og hørselskontakt Karin Tjervåg
Virksomhet Spjelkavik omsorgssenter
6018 Ålesund
Tlf. 70164476 / 95701571

INFORMERT SAMTYKKE

Taushetsplikten kan oppheves ved samtykke fra pasienten, jfr. legeloven §32 første ledd. Dette vil være et godt grunnlag for å kunne gi best mulig hjelp til brukeren/pasienten.

Når pasienten er et barn oppheves taushetsplikten slik:

1. Den som er over 16 år, kan selv samtykke til at taushetsplikt kan falle bort
2. Er barnet mellom 12 og 16 år, skal foreldrene treffe avgjørelsen, men barnet har rett til å uttale seg før de treffer avgjørelsen.
3. Dersom barnet er under 12 år, kan foreldrene alene avgjøre om samtykke til opphevelse av taushetsplikt skal gis.

Foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets interesser og behov. Det innebærer at foreldrene bare har myndighet til å samtykke til at opplysninger om barnet frigis når dette er til barnets beste.

Jeg/vi, _____, opphever herved taushetsplikten.

Dette gjelder for _____, født: _____

Sett kryss:

Samtykket gjelder for en avgrenset periode: _____

Samtykket gjelder for en spesiell sak/behandling: _____

Samtykket innebærer at tverretatlige og tverrfaglige drøftelser og møter vil kunne foretas.

Ålesund ___ / ___ 20 ___

Underskrift bruker/foresatte:
