



## SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker til at ansatte i Bergensklippene kan utveksle opplysninger til samarbeidspartnere dersom opplysningene er relevante og nødvendige for å kunne gi en forsvarlig behandling av mitt rusmiddelproblem.

**NAVN MED BLOKKBOKSTAVER:** .....

**FØDSELSNUMMER:** .....

Jeg samtykker på dette grunnlag til at følgende relevante og nødvendige opplysninger kan gis til disse samarbeidspartnere under mitt opphold på Bergensklippene:

Enhet:	Kontaktperson:	Telefon:
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Jeg bekrefter at jeg er informert om konsekvensene av mitt samtykke til å oppheve taushetsplikten etter helsepersonelloven og forvaltningsloven. Samtykket til fritak fra taushetsplikt gjelder for ett år av gangen, men kan trekkes tilbake på ethvert tidspunkt dersom jeg ønsker det.

*Sted, dato*

*Underskrift*

\_\_\_\_\_