

## Samtycke för TRIS (Tidig Rehabilitering I Samverkan)

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort

### Försörjning:

A-kassa		Ersättning från Försäkringskassa	
Försörjningsstöd		Annat	

### Samtycket innebär:

Att du ger ditt medgivande till berörd personal från Kommunen och Hälso- och sjukvården att lämna uppgifter om dig till varandra för samverkan gällande rehabilitering. Alla berörda har sekretess vilket innebär att de inte får tala om dig eller ditt ärende. Personuppgifter behandlas bara om det finns laglig grund. För att parterna ska kunna samordna insatser och tillsammans med dig göra en planering behövs ditt samtycke.

Samtycke enligt Dataskyddsförordningen GDPR om hantering av personuppgifter. Deltagande kan innebära att vissa personuppgifter registreras för vårt arbete. Du har rätt att veta på vilket sätt dina uppgifter används och du kan när som helst återta ditt samtycke. Samtycket gäller i max ett år från datumet det skrivs på. Statistik är avpersonifierad.

Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner att nämnda uppgifter om mig får lämnas mellan involverade handläggare från kommunen och hälso- och sjukvården om det är nödvändigt för arbetet med min rehabilitering.

Ort och Datum	Namn
Personnummer	Underskrift