

## SAMTYCKE FÖR SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

### Enskild – patient/klient

Jag tillåter att de aktörer som är aktuella i den samordnade individuella planen får ta kontakt och prata med varandra om saker som handlar om mig.

Jag är medveten om att detta samtycke när som helst kan återkallas av mig genom att jag meddelar den i planen samordningsansvarige personen inom landstinget eller kommunen.

### Underskrift

Datum	Namnförtydligande
Personuppgifter	
Underskrift	

---

### Vårdnadshavare/god man/förvaltare/företrädare

Jag/vi tillåter att de aktörer som är aktuella i den samordnade individuella planen får ta kontakt med och prata med varandra om saker som handlar om barnet/ungdomen.

Jag/vi är medvetna om att detta samtycke när som helst kan återkallas av mig/oss genom att jag/vi meddelar den i planen samordningsansvarige personen inom landstinget eller kommunen.

### Underskrift

Underskrift, god man	Namnförtydligande	Datum
Underskrift, förvaltare	Namnförtydligande	Datum
Underskrift, företrädare	Namnförtydligande	Datum

Den samordnade individuella planen utfärdas i två exemplar med original till den enskilde.