

Samtycke till utlämnande av uppgifter med tystnadsplikt

Namn: _____

Adress: _____

Personnummer: _____

Jag samtycker till att behörig företrädare för PRIMA barn- och vuxenpsykiatri AB får utbyta uppgifter eller handlingar, där annars tystnadsplikt råder, till annan verksamhet eller person enligt nedan.

Detta samtycke gäller i ett år eller tills det återkallas av mig.

Närstående: _____ Relation: _____

Närstående: _____ Relation: _____

Närstående: _____ Relation: _____

Närstående: _____ Relation: _____

Kommun aktuell enhet/enheter: _____

Övrigt: _____

Dagens datum: _____

Namnsteckning: _____