**Samtykkeerklæring**

Gjelder:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg samtykker herved til at personal ansatt ved Helse Stavanger HF, Mobilt innsatsteam,  
kan samarbeide med og innhente nødvendige journalopplysninger fra:

x

Jeg samtykker også til at det kan sendes en sluttrapport/epikrise til følgende instanser:

x

Dato/signatur:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatur fra verge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Det opplyses om at samtykke til utredning og behandling ikke er bindende og kan når som helst, uten begrunnelse, trekkes tilbake.