# Samtycke till att lämna information till hälso- och sjukvården i mitt ärende

För att berörda försäkringsutredare på Försäkringskassan ska kunna kommunicera och samverka med hälso- och sjukvården i mitt ärende och då lämna ut nödvändiga uppgifter om mig och min situation, häver jag här tillfälligt min sekretess.

### Uppgifter

Nödvändiga uppgifter är information om: (Jag har kryssat i det som är aktuellt)

[ ]  hälsotillstånd

[ ]  arbetsförhållanden

[ ]  tidigare rehabiliteringsinsatser

[ ]  tidigare utredningar

[ ]  expertutlåtanden, till exempel medicinska utlåtanden

[ ]  kommunicering om beslut om ersättning samt motivering till den

[ ]  beslut om ersättning och motivering till beslut

[ ]  annan nödvändig information: Klicka eller tryck här för att ange text.

Endast uppgifter som är nödvändiga för att ge mig bästa möjligt stöd i sjukskrivningen och rehabiliteringen får delas. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

**Aktuell klinik eller vårdcentral:** Klicka eller tryck här för att ange text.

**Aktuella professioner till vilka information får lämnas (kryssa i det som är aktuellt)**

[ ]  Sjukskrivande läkare
[ ]  Rehabkoordinator
[ ]  Annan behandlare/annan profession: Klicka eller tryck här för att ange text.

Underskrift på sid 2

### Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| NamnKlicka eller tryck här för att ange text. | PersonnummerKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Telefonnummer Klicka eller tryck här för att ange text. |

### Underskrift

Jag samtycker till att berörda försäkringsutredare på Försäkringskassan får lämna ut den information om mig som de finner nödvändig till den vårdcentral eller klinik jag tillhör. Detta för att Försäkringskassan ska kunna samverka med hälso- och sjukvården i mitt ärende.

|  |
| --- |
| Ort och datumKlicka eller tryck här för att ange text. |
| Namnteckning |
| NamnförtydligandeKlicka eller tryck här för att ange text. |

### Hur länge gäller samtycket?

Samtycket gäller från den dag jag skriver under blanketten och som längst ett år.

[ ]  **Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill.**