## Förfrågan om aktivitetsförmåga

Enheten för ekonomiskt bistånd i Eslövs kommun efterfrågar uppgifter om aktivitetsförmåga enligt informationen på nästa sida.

Förfrågan besvaras bäst med det frågeformulär som används i samverkansprojektet

Vänligen återsänd till

Namn på handläggare:

Postadress:

Vid frågor ring på tfn:

##

## Samtycke till att lämna information

För att hälso- och sjukvården ska kunna hjälpa dig på bästa sätt så kan vi behöva samverka med Eslövs kommun och lämna ut information om dig och din situation. Vi behöver därför ett skriftligt samtycke från dig om att vi får lämna ut nödvändiga uppgifter till handläggare på Enheten för ekonomiskt bistånd

**Uppgifter**

Nödvändiga uppgifter är information om (kryssa i det som är aktuellt):

☐hälsotillstånd

☐aktivitetsförmåga

☐aktuella och planerade rehabiliteringsinsatser

☐expertutlåtanden, till exempel medicinska utlåtanden

Gäller endast uppgifter som är relevanta för att ge dig bästa möjliga stöd på vägen till självförsörjning. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

**Hur länge gäller samtycket?**

Samtycket gäller från den dag du skriver under blanketten till dess att dina insatser via kommunen eller vårdcentralen är klara, dock max ett år. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din vårdcentral.

Har du frågor? Om du har frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta rehabiliteringskoordinator på din vårdcentral.

**SAMTYCKE**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  | Personnummer: |
| Vårdcentral: | Datum: |

Jag samtycker till att berörda på den vårdcentral där jag har vårdkontakt får lämna den information om mig som de finner nödvändig till Eslövs kommun, Enheten för ekonomiskt bistånd, för att kunna erbjuda aktiva och samordnade insatser.

Underskrift

|  |
| --- |
| Namnteckning |

☐ Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill.