Samtycke för journalrekvisition

Till vårdnadshavare/elev

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elevens namn | Personnummer | Klass |
|  |  |  |

**Välkommen till elevhälsan**

För att på bästa sätt kunna möta ditt barns behov, vill jag som psykolog rekvirera den psykologiska journalen från den tidigare skolan. Uppgifterna hanteras enligt de sekretessbestämmelser som gäller för hälso**-** och sjukvårdspersonal.

Med vänliga hälsningar

|  |  |
| --- | --- |
| Leg. psykolog | Telefonnummer |
| E-postadress |  |
| Skolans namn | Skolans adress |

**Var vänlig fyll i, underteckna och återsänd denna blankett till skolpsykologen.**

Ja, jag ger mitt tillstånd att den psykologiska journalen får rekvireras

Namn på föregående skola

Adress till föregående skola

Datum:

Underskrifter:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vårdnadshavare /elev över 16 år Vårdnadshavare  
(enligt riktlinjer från SKR cirkulär 09:44)

**Elevhälsan utgår från att vårdnadshavare med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en skriver under.**