



Samtykke til drøfting i Barne og Ungdomsteam møte (BUT)

Navn: Fødselsdato:

Foresatte: Telefon:

Jeg samtykker til at min sønn/datters situasjon drøftes i BUT-møte. Dermed oppheves taushetsplikten til deltagerne som er beskrevet under, jf. Forvaltningsloven § 13a nr.1.

Jeg samtykker i at de deltakende instanser bidrar med de opplysninger og vurderinger de har rundt mitt barn, i den grad det vurderes å være viktig for meldt problemstilling. Dersom jeg/mitt barn har/har hatt kontakt med noen av disse instansene og jeg ikke ønsker at opplysninger rundt meg/mitt barn skal komme opp, avklarer jeg dette med rette vedkommende i forkant av møtet. Dersom jeg ønsker at en eller flere av instansene ikke er representert avklarer jeg dette med rektor/ass.rektor

Jeg er orientert om at følgende instanser deltar med representanter i det tverrfaglige teamet:

- Barnevernstjenesten ved
- PP-tjenesten ved
- Helse- og familietjenesten – Karen Hafslund (psykolog), Familieveileder Trine Lise Stenbakk og helsesykepleier.....
- Deltagere fra skolen

Instanser som har arkivmappe /helsekort på mitt barn vil kunne journalføre forslag til tiltak/oppfølging og annen relevant informasjon som kommer fram under møtet.

Bakgrunn for drøftingen/problemstilling:

Jeg samtykker i at mitt barns situasjon, med bakgrunn i de opplysninger som fremkommer i skjemaet, drøftes i det tverrfaglige teamet.

Sted, dato

Underskrift: