



Jag samtycker till att Rehabkoordinator .....  
får kontakta berörda aktörer om så behövs kring frågeställningar som berör min  
aktuella rehabilitering och/eller sjukskrivning samt får ta del av mina journaler.  
Samtycket gäller endast sådan information  
som är relevant för rehabiliterings- och sjukskrivningsärendet.

- Hälsa- och sjukvården
- Arbetsgivare
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Socialtjänsten
- Annan: .....

Samtycket gäller från och med underskriftdatum och som längst ett år framåt.  
Samtycket kan när som helst återkallas av mig. Samtycket och dina personuppgifter  
kommer att hanteras enligt offentlighets- och sekretesslagen.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Personnummer