

FULLMAKT

Barnets navn:

Undertegnede gir OUS BAL Geilomo fullmakt til å innhente opplysninger om mitt barn fra leger, sykehus, skole, barnehage og andre instanser når legen/sykepleier anser dette som nødvendig for å tilrettelegge for den videre behandlingen.

Vi samtykker i at:

- | | JA | NEI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Hjemskolen for tilsendt pedagogiske rapporter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Helsesykepleier/skoleleger og evt. fastlege får tilsendt tverrfaglig sammenfatning, og ved behov epikrise (medisinsk sluttrapport) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geilomos fysioterapeut kan utveksle informasjon med behandlende fysioterapeut hjemme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geilomo skole og Geilomo sykehus utveksler informasjon og dokumentasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Det forekommer media på besøk (TV, avis etc.).
Jeg samtykker til at bilder av mitt barn brukes i denne sammenheng | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Det tas bilder i forbindelse med aktiviteter og turer på Geilomo.
Jeg samtykker til at bilder av mitt barn brukes til internt bruk. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hjemskolens navn: Klasse:.....

Postadresse: Telefon:

Kontaktlærer:

Kontaktlærers E-post:

Rektors navn:

Vi har lest informasjon om Geilomo og er inneforstått med regler og aktiviteter på Geilomo.

Sted/dato

Foresattes underskrift

Skjemaet sendes til Geilomo innen 2 uker.