

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 ønskelig 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 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 . Det er i orden at pasienten blir avbildet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skolens navn: Klasse:

Rektors navn:

Skole/rektors E-post:

Postadresse: Telefon:

Kontaktlærer:

Kontaktlærers E-post:

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.