

Ansökan om substitutionsprogrammet Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, LARO

Jag ansöker om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende:

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Telefonnummer _____

Medgivande om samverkan och informationsutbyte mellan myndigheter och organisationer

Härmed lämnar jag _____
(Patientens namn)

mitt medgivande till:

att Landstingets sjukvårdsenhet _____ och

att socialtjänsten _____ i kommun

får utbyta information om mig som omfattas av sekretess som förutsättning
för deltagande läkemedelsassisterad behandling enligt HSLF-FS 2016:1.

Informationsutbytet får även ske med andra myndigheter som arbetsför-
medling, försäkringskassa, kriminalvård om det bedöms nödvändigt för re-
habiliteringsarbetet.

Jag lämnar också medgivande till att uppgifterna i vårdplanen får lagras i ett
av sjukvården upprättat sekretessbelagt kvalitetsregister.

Enskilda personer och anhöriga som även får kontaktas för stöd i rehabilite-
ringsarbetet antecknas under rubriken nätverk i vårdplanen:

Ort och datum _____

Namnsteckning _____

Namnförtydligande

Jag ger även mitt medgivande till informationsutbyte med polis/åklagar-
myndighet om detta bedöms nödvändigt för mitt rehabiliteringsarbete.

Namnsteckning _____

Detta dokument bifogas journalhandlingen i original.

Norrbottens läns landsting LABO-verksamheter

Luleå Beroendecentrum

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

LABO 072-587 90 42, 0920-714 10 måndag-fredag 07-11, 13-14

Beroendemottagning (dygnet runt) 0920-714 28

Piteå Läkemedelsmottagning

Piteå älvdals sjukhus, Lasarettsvägen 14, 941 50 Piteå

Läkemedelsmottagning 0911-754 60 måndag-torsdag 08-16, fredag 08-12

Gällivare Jourmottagning/Affektiv mottagning

Källgatan 14, 982 82 Gällivare

Jourmottagning (dygnet runt) 0970-194 26

Affektiv mottagning 0970-193 96 måndag-fredag 08-10 och 13-15