

## Hälsosamtalet i skolan, samtycke till lagring och uttag av data

Elever vid skolor i Östersunds kommun erbjuds möjlighet att via dator, telefon, surfplatta eller pappersblankett svara på ett validerat elevhälsoformulär om sin hälsa och sina levnadsvanor. Eleven får inte uppge namn eller personnummer då formuläret fylls i. Svaren kopplas mot en för eleven unik kod och svaren lagras pseudonymiserat, vilket innebär att enskild elev inte kan identifieras.

Uppgifterna delas med Region Jämtland Härjedalen och används för Östersunds kommuns och Region Jämtland Härjedalens hälsofrämjande arbete. Kommunen kan se svar på klass/program och skolnivå. Region Jämtland/Härjedalen kan se data på kommun- och länsnivå. Enbart skolsköterska kan, via den för eleven unika koden, hämta svar för en enskild individ, detta görs i samband med hälsosamtalet, då en standardiserad metod för mätning av längd och vikt används.

Personuppgiftsansvarig myndighet är Barn- och utbildningsnämnden i Östersunds kommun. Region Jämtland Härjedalen är personuppgiftsbiträde till Östersunds kommun och hanterar informationen på Östersunds kommuns uppdrag.

Samtycket är giltigt tills vidare. Du har rätt att när som helst återkalla ditt samtycke genom att kontakta skolsköterskan på din skola eller verksamhetschefen för elevhälsans medicinska del. Observera dock att ett återkallande av ditt samtycke inte påverkar lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallades.

Du har rätt att kontakta Östersunds kommun för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig eller för att begära rättelse, överföring, radering eller begränsning av dina personuppgifter. Du kan även kontakta vårt dataskyddsbud på [gdpr@ostersund.se](mailto:gdpr@ostersund.se). Du har även rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen om du tycker att dina personuppgifter har hanterats på ett felaktigt sätt. Du kan läsa mer om Östersunds kommuns behandling av personuppgifter på [www.ostersund.se/dataskydd](http://www.ostersund.se/dataskydd).

### Samtycke:

Jag samtycker till att Elevhälsan behandlar personuppgifter om mitt barn/mig i enlighet med ovanstående.

Ja       Nej

Elevens personnummer och namn:

---

Personnr

namn

\*Underskrift

Datum: \_\_\_\_\_

---

vårdnadshavare

---

vårdnadshavare

\*Elevhälsans medicinska insatser utgår från, om annan information inte finns, att föräldrar med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under.