## Underrättelse om behov av hälsoundersökning och tandhälsoundersökning enligt lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Samtal mottaget datum………………………………. Klart (4 veckor)…………………………..

(ifylls av barnmott) (ifylls av barnmott)

[ ]  Skyddade personuppgifter. Blockera journal för 1177.

[ ]  Hemlighållande av vistelseort för vårdnadshavare. Blockera journal för 1177. Uppgifter om vistelseort med mera lämnas inte av socialtjänst.

………………………………………………………………………… ………………………………………………………………..

Barnets/den unges namn Personnummer

Aktuell vistelseadress…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….. ………………………………………………………………..

Vårdnadshavare, namn och ev tel nr Vårdnadshavare, namn och ev tel nr

……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………

Ev. vårdgivare, namn och ev tel nr Ev. fam.hemsföräldrar, namn och ev tel nr

### Övriga upplysningar

Tolkbehov …………………………………………………………………………………………………………………………………

Kända sjukdomar eller ingrepp ………………………………………………………………………………………………….

Tidigare boendeort…………………………………………………………………………………………………………………….

Tidigare hälso- och sjukvårdskontakter ……………………………………………………………………………………..

Tidigare skola……………………………………………………………………………………………………………………………..

Medföljande vuxen till hälsoundersökning ……………………………………………………………………………….

Övrigt………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Återkoppling efter besök till både Socialtjänst och vårdnadshavare? …………………………………………

Samtycke: Muntligt Skriftligt

…………………………………………………………………….

Ort och datum

…………………………………………………………………….. ………………………………………………………………..

Ansvarig socialsekreterare Kommun

……………………………………………………………………… ………………………………………………………………

Telefonnummer E-postadress

Kallelse till hälsous skickas till: Socialtjänsten Vistelseadress Vårdnadshavare Övrig

Postadress till Socialkontoret……………………………………………………………………………………………………………….

Postadress till vårdnadshavare (om ej hemlighållande av vistelsort)…………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Mottagande sjuksköterska på barn- och ungdomsmedicinska mottagningen KGA……………………………….

(ifylls av barnmott)