**UTLÅTANDE TILL SOCIALNÄMND  
Läkarundersökning (BBIC) inför placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB)**

Bilaga 3

|  |  |
| --- | --- |
| Utlåtandet utfärdat: | Utlåtandet ingår i socialnämndens ansökan om vård enligt LVU (se uppgift om detta i socialnämndens begäran om läkarundersökning)  ja nej |

**Barnet**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |

**Vårdnadshavare**

|  |
| --- |
| Vårdnadshavare: |
| Vårdnadshavare: |

**Beställare av intyget**

|  |  |
| --- | --- |
| Socialnämnd: | Utredare: |

**Undersökande läkare, arbetsplats**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn och titel: | Sjukvårdsinrättning: |

**Bakgrundsmaterial tillgängligt vid läkarundersökningen***Det är socialnämndens ansvar att rekvirera följande dokument och journaler så att den undersökande läkaren har tillgång till detta innan undersökningen ska äga rum.*

|  |
| --- |
| Begäran från socialnämnden om utlåtande från hälso- och sjukvården, bilaga 1 |
| **☐** Kopia på samtyckesblankett, bilaga 2 |
| **☐** Förlossningsjournal (FV 2) |
| **☐** Komplett BVC- journal. Finns vanligen i skolhälsovårdsjournal om barnet går i skolan |
| **☐** Komplett skolhälsovårdsjournal |
| Övriga journalkopior vid behov (t.ex. om barnet har en kronisk sjukdom, funktionsnedsättning och större andra hälsoproblem behöver det framgå vid begäran om läkarutlåtande. Inom Örebro läns landsting kan den elektroniska journalen läsas från andra enheter) |
|  |

**Bedömning av barnets hälsa och utveckling***För uppgift om vad som bör ingå i såväl anamnesupptagningen som den kliniska undersökningen, se Socialstyrelsens anvisningar för läkarundersökning enligt BBIC.*

Genomförande av läkarundersökning

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Tidsåtgång: |
| Annan person i rummet, namn: | Relation till barnet: |
| Annan person som har lämnat information, namn | Relation till barnet |

Sammanfattande beskrivning (på icke-fackspråk)

|  |
| --- |
| Barnets förmåga att medverka och kommunicera vid undersökningen: |
| Anamnestiska uppgifter av vikt: |
| Sammanfattning av status inklusive tillväxt, utveckling och nutrition: |
| Akuta hälso- och sjukvårdsbehov: |
| Långsiktiga hälso- och sjukvårdsbehov: |
| Remisser och provtagningar: |
| Vaccinationskomplettering: |
| Särskilda förhållanden ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv som bör beaktas vid placering: |
| Behov av Samordnad individuell plan (SIP): |

**Barnets egna synpunkter, som inte framkommer på annat sätt:**   
*(Utifrån ålder och mognad ska barnets egna synpunkter gällande åtgärder och planering redogöras för i utlåtandet.)*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Vårdgivare: |
| Namnunderskrift | Namnförtydligande och titel |