## 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)