# Begäran om läkarundersökning enligt § 32 LVU

Samtal mottaget datum………………………………. Klart (3veckor)…………………………..

(ifylls av hälso- och sjukvården) (ifylls av hälso- och sjukvården)

[ ]  Skyddade personuppgifter. Blockera journal för 1177.

[ ]  Hemlighållande av vistelseort för vårdnadshavare. Blockera journal för 1177. Uppgifter om vistelseort mm 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

Orsak till undersökning (t ex påverkan av missbruk, undernäring, försenad utveckling)……………………………………………………………………………………………………………………….

### Övriga upplysningar

Tolkbehov, ange språk ……………………………………………………………………………………………………………

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? …………………………………………

…………………………………………………………………….

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 och mottagning……………………………….

(ifylls av hälso- och sjukvården)