

Inrättning, klinik, avdelning, mottagning	Personnummer/samordningsnummer
	Namn
	Adress
	Telefonnummer
Datum	

Placering av barnet sker med stöd av

 SoL     LVU
**Undersökningen avser**
 Fysisk/psykisk hälsa     Tandhälsa
**Uppgifter om barnet**

Vistelseadress	Telefon
	Postnummer    Ort
<b>Vårdnadshavare 1</b>	
Namn	Telefon
Adress	Postnummer    Ort
<b>Vårdnadshavare 2</b>	
Namn	Telefon
Adress	Postnummer    Ort
<b>Särskild förordnad vårdnadshavare</b>	
Namn	Telefon
Adress	Postnummer    Ort
<b>Familjehem/Jourhemsföreträdare</b>	
Namn	Telefon
Adress	Postnummer    Ort
<b>God man</b>	
Namn	Telefon
Adress	Postnummer    Ort
Placerande kommun	

**Sekretess**

Barnet har skyddade personuppgifter

 Ja     Nej

Vårdnadshavare ska kunna läsa journalanteckningar och se bokade tider på 1177.se

 Ja     Nej (Om nej, tas spärr bort efter 6 månader. Vid eventuell förlängning, kontakta aktuell vårdinstans)
**Kommunikation**

Tolkbehov

 Nej     Ja, ange språk:

Kommunikationsstöd

 Nej     Ja, ange vilket stöd:
**Samtycke**

Samtyckesblankett till hälso- och tandundersökning och att vårdgivare kan inhämta journalhandlingar bifogas

 Ja     Nej     Ej aktuellt, LVU

Namn	Personnummer/samordningsnummer
------	--------------------------------

<b>Handläggare</b>		
Namn	Telefon	
Adress	Postnummer	Ort
<b>Medhandläggare</b>		
Namn	Telefon	
Adress	Postnummer	Ort

**Konsultation**

Har konsultation skett med:

Ja    Nej

Barnhälsovården

Elevhälsovård

Sjukvård

Tandhälsa

Annan

Om nej, ange barnets tidigare barnhälsovårdenheter/orter alternativt skolor/orter

**Tidigare vård**

Tidigare tand- och sjukvårdskontakter utanför Region Jönköpings län

Ja     Nej

Om ja, ange region/er och verksamhet/er:

**Övriga Hälsa- och omgivningsfaktorer**

Övriga hälso- och omgivningfaktorer som bedöms vara relevanta för vårdgivaren.  
T.ex. tidigare trauman, omsorgssvikt, ärfthlighet av betydelse, kända hälsoproblem eller tidigare placeringar

**Socialtjänsten bifogar följande kopior**

Barnhälsovårdsjournal från annan region

Elevhälsovårdsjournal

Hälsa- och sjukvårdsjournaler från andra regioner

Tandvård

Annan

**Utlåtandet skickas till**

**Kallelsen till hälsoundersökningen skickas till** (samt till barnets handläggare, se adress ovan)

Namn	Telefon	
Adress	Postnummer	Ort

**Övrig information**