 **SAMTYCKE enl. FB 6:11
 till läkarundersökning och bedömning av
 tandhälsa samt**
 **överföring av uppgifter till BVC/SHV** *vid placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB)*

Samtycket avser

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets namn | Personnummer |

□ Jag/vi ger härmed vårt samtycke till att socialtjänsten i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kommun i samband med placering i familjehem/HVB av mitt/vårt barn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genomför en läkarundersökning enligt anvisningarna i BBIC samt en bedömning av tandhälsan.

□ Jag/vi ger härmed vårt samtycke till att information överförs till BVC/elevhälsans medicinska del efter det att läkarundersökningen/bedömningen av tandhälsa är genomförd.

Inför läkarundersökningen och bedömningen av tandhälsan ger jag/vi vårt samtycke till att socialtjänsten rekvirerar journaler enligt nedan, om detta bedöms som nödvändigt:

□ Förlossningsjournal (FV 2
□ Komplett BVC- journal (dvs. inklusive tillväxtkurva, vaccinationsblad, kopia av skickade remisser och remissvar)
□ Komplett skolhälsovårdsjournal (dvs. inklusive tillväxtkurva, vaccinationsblad, kopia av skickade remisser och remissvar)
□ Övriga journalkopior (t.ex. om barnet har en kronisk sjukdom eller pågående behandlingskontakt)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Vårdnadshavare Vårdnadshavare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Barnet (*Barn från 15 år ska ge sitt samtycke)*

Ansvarig socialsekreterare, socialtjänsten