

Begäran från socialtjänsten om hälso- eller läkarundersökning

Typ av undersökning

Läkarundersökning enligt § 32 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Hälsoundersökning enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Begäran avser

Barnets eller den unges förnamn och efternamn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)
Har barnet eller den unge informerats om aktuell undersökning och syftet med den? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kommentar:	
Tolkbehov, ange språk:	

Kontaktuppgifter och uppgifter om placering

Socialnämnd/Kommun	Ansvarig handläggare Postadress Telefon
Medföljande vid undersökning från socialtjänst, i första hand ansvarig socialekreterare: Annan medföljande vid undersökning, exempelvis från familjehem, HVB-hem: Kommentar om medföljande person inte är känd när begäran skickas:	
Vårdnadshavare 1, namn, telefon och adress	Vårdnadshavare 2, namn, telefon och adress

Lagstöd och typ av placering	Familjehem/Institution
------------------------------	------------------------

<p>Har barnet eller den unge skyddade personuppgifter eller beslut om hemlighållande av vistelseort?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, beskriv omständigheter av betydelse för aktuell undersökning</p>	<p>Sker placeringen på grund av våldsutsatthet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, beskriv omständigheter av betydelse för aktuell undersökning:</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Finns förbud/restriktioner kring kontakt med /uppgiftsutlämning till barnets vårdnadshavare/förälder eller kring vem som får träffa barnet? Detta anges endast om det har betydelse för aktuell undersökning.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, beskriv omständigheter av betydelse för aktuell undersökning:</p>

Uppgifter (om känt) till grund för regionens inhämtning av journalhandlingar

Födelseort och förlossningsklinik:
Tidigare hälso- och sjukvårdskontakter (inkl BVC) utanför Region Värmland:
Tidigare hälso- och sjukvårdskontakter hos privat vårdgivare i Värmland eller annat län:
Nuvarande skola, namn och ort:
Tidigare skola/skolor, namn och ort:

Uppgifter om barnets eller den unges hälsotillstånd

Viktigt att tänka på i kontakten med barnet eller den unge (exempelvis oro, ängslan, utagerande beteende, behov av kommunikationsstöd):	
Kända hälso- och sjukdomstillstånd och/eller funktionsnedsättningar (aktuella och tidigare av betydelse):	

<p>Pågående och planerade vårdkontakter och utredningar, ange exempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none">-klinik-kontaktuppgifter till ansvarig behandlare-behandling/utredning-medicinering-hjälpmedel	
<p>Eventuell specifik frågeställning avseende barnets eller den unges hälsotillstånd:</p>	
<p>Om socialtjänsten har kännedom om psykisk ohälsa som indikerar behov av kompletterande undersökning i samband med läkarundersökning enligt § 32 LVU anges detta här (se LVU-handbok för socialtjänsten kapitel 7.5.2).</p>	

Datum och underskrift - ansvarig handläggare

Datum
Underskrift
Namnförtydligande Titel

Blanketten skickas till:
Region Värmland
Barn- och ungdomsmottagningen Gripen
Västra Torggatan 24
651 12 Karlstad

VID BRÅSKANDE ÄRENDE

Ta kontakt via telefon: 010-8315733