

# Vårdnadshavares samtycke till hälsundersökning av barn/unga

## Jag/vi ger härmed samtycke till att mitt/vårt barn

Barnets namn

Barnets personnummer

genomgår en hälsundersökning enligt lag (2017:209) om hälsundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

### Hälsundersökningen omfattar:

- En undersökning av fysisk och psykisk hälsa, och genomförs vid BVC-mottagning eller vårdcentral
- En undersökning av tandhälsa, och genomförs vid tandvårdsklinik

Inför hälsundersökningen samtycker jag/vi till att den vårdgivare som ska genomföra hälsundersökningen hämtar in uppgifter om tidigare hälso- och sjukvård.

Förutom kontakter inom Region Sörmland har mitt/vårt barn besökt hälso- och sjukvården enligt nedan:

Klinik, landsting/region

Mitt/vårt barn har haft kontakt med följande BVC-mottagningar och elevhälsa på följande skolor:

BVC (respektive mottagnings namn, landsting/region)

Elevhälsa (respektive skolas namn, kommun)

Den vårdgivare som har genomfört hälsundersökningen har mitt/vårt samtycke till att överföra uppgifter från hälsundersökningen till socialnämnden och för vidare insatser av hälso- och sjukvård samt tandvård för mitt/vårt barn.

Datum

Ort

Vårdnadshavares namnteckning

Vårdnadshavares namnteckning

Vårdnadshavares klartext

Vårdnadshavares klartext

Barnets namnteckning (från 15 år ska barnet ge sitt samtycke)



REGION  
SÖRMLAND