

## 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?

Ja  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>Skер 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"><li>-klinik</li><li>-kontaktuppgifter till ansvarig behandlare</li><li>-behandling/utredning</li><li>-medicinering</li><li>-hjälpmedel</li></ul>	
<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 <span style="float: right;">Titel</span>

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

**Faxa vid brådskande (dock ej akuta)**  
**ärenden till: 054-15 38 06**