



**SAMTYCKE**

**till läkarundersökning och bedömning av  
tandhälsa samt inhämtande av journaler,  
överföring av uppgifter till BVC/SHV**

*i samband med läkarundersökning/bedömning av  
tandhälsa 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 också vårt samtycke till att socialtjänsten överför information till BVC/skolhälsovård efter  
det att läkarundersökningen/bedömningen av tandhälsa är genomförd.

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

- Förlossningsjournal (FV 2)
- Komplet BVC-journal (dvs. inklusive tillväxtkurva, vaccinationsblad, kopia av skickade remisser och remissvar)
- Komplet 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 utredare, socialtjänsten