# Checklista

Överenskommelsen ”Hälsoundersökning och munhälsoundersökning avseende de barn och unga som ska placeras eller är placerade i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende”

Datum:

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Handläggarens namn:

Handläggarens telefonnummer:

Enhetschefens namn:

Enhetschefens telefonnummer:

Lagrum för placering:

□ SOL

□LVU

□ Omedelbart omhändertagande

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Bokad tid: Vårdgivare:

Vilka är med vid besöket?

Tolkbehov:

OK med sms-påminnelse? □ Ja □ Nej

Lämna uppgift om faxnummer till socialtjänsten till den mottagning dit begäran ska skickas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enligt författning 2019:19 är det region Kalmar läns uppdrag och ansvar att inhämta samtycke och relevant bakgrundsinformation inför besöket.

Om socialnämnden har några journalhandlingar inskickas dessa senast 7 dagar före besöket.

Reviderad 210701