Samtycke - till medicinsk bedömning inför anpassad skola

Inför den planerade utredning av ditt barns inlärningssvårigheter, behöver skolsköterskan och skolläkaren inhämta ert samtycke. Samtycket gäller punkterna nedan. Samtycket gäller pågående utredning och längst i två år.

Samtycke ges till att inhämta journalhandlingar från nedanstående ikryssade vårdgivare

☐ Barnhälsovårdsjournal (BVC)
☐ Barn- och ungdomskliniken (BUM)
☐ Barn- och ungdomshabilitering (BUH)
☐ Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)
☐ Primärvård
☐ Ögonkliniken/Syncentralen
☐ Audiologiska kliniken

Vårdnadshavare 1/Myndig elev
Ja ☐ Nej ☐

Vårdnadshavare 2
Ja ☐ Nej ☐

Samtycke ges till att genomföra medicinsk bedömning

Vårdnadshavare 1/Myndig elev
Ja ☐ Nej ☐

Vårdnadshavare 2
Ja ☐ Nej ☐

Samtycke ges till att dela information och nödvändiga handlingar med övrig elevhälsa och annan berörd personal i utredningen

Vårdnadshavare 1/Myndig elev
Ja ☐ Nej ☐

Vårdnadshavare 2
Ja ☐ Nej ☐

_____
Vårdnadshavare 1/Myndig elev, namn och datum

_____
Vårdnadshavares 2, namn och datum

_____
Vårdnadshavare 1,/Myndig elev namnunderskrift

_____
Vårdnadshavare 2, namnunderskrift

Tacksam om samtycket ifylls och återlämnas till skolsköterskan så snart som möjlig. Kontakta skolsköterskan vid eventuella frågor.

Skolsköterska/skola: _____

Telefon/mail: _____

Tänk på att inte lämna ut känslig information. Lämna kontaktuppgifter – skolsköterskan kontaktar dig