

## **Begäran om en hälsoundersökning enligt HSLF-FS 2019:19**

Regionen ska, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125), på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år inleds.

### **Information till vårdgivaren som ansvarar för att genomföra hälsoundersökningen**

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet m.m.* ska tillämpas vid hälsoundersökningen. Föreskriften finns på Socialstyrelsens web.

I föreskriften finns bland annat beskrivet:

- \* Vad som ska och bör ingå i en hälsoundersökning.
- \* Vilka uppgifter som ska och bör hämtas in.
- \* Att vårdgivaren ska göra en bedömning av vilket vårdbehov barnet eller den unge har.
- \* Att bedömningen ska dokumenteras i ett utlåtande som socialnämnden ska få ta del utav.

### **Vad ska utlåtandet användas till?**

När ett barn eller en ung person placeras av socialtjänsten i ett annat hem än det egna har socialtjänsten ansvar för att barnet eller den unge får sina olika behov tillgodosedda. Socialtjänsten ska bland annat verka för att barnet eller den unge får den hälso- och sjukvård samt tandvård som hen behöver.

Utlåtandet utgör ett stöd vid socialtjänstens planering av vården. Det är därför viktigt att utlåtandet utformas så att socialtjänsten, som saknar odontologisk och medicinsk kompetens, kan förstå och få en bild av barnet eller den unges hälsotillstånd, eventuella funktionsnedsättningar och vårdbehov.

Begäran upprättad

## Begäran skickas till

### Barnet

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Folkbokföringsadress	
Telefon/Mobil	E-post

### Vårdnadshavare

#### Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Fullständig adress	
Telefon/Mobil	E-post

#### Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Fullständig adress	
Telefon/Mobil	E-post

#### Särskilt förordnad vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon/Mobil	E-post

**Särskilt förordnad vårdnadshavare**

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Postadress
Telefon/Mobil	E-post

**God man**

Förnamn	Efternamn
Adress	Postadress
Telefon/Mobil	E-post

**Adress dit kallelse ska skickas**

--

**Eventuella skyddade personuppgifter**

--

**Tolk och kommunikationsstöd**

--

**Begäran om hälsoundersökning gäller**

Fysisk hälsa       Psykisk hälsa       Oral hälsa

**Utlåtande skickas till**

Ansvarig handläggare
Befattning eller titel
Handläggarens kontaktuppgifter

**Övrig information som bedöms vara relevant för vårdgivaren**

--