



**SAMTYCKE till TAND
HÄLSOUNDERSÖKNING
samt inhämtande av
journaler**

Samtycket avser

Barnets namn	Personnummer
--------------	--------------

Vi/jag ger samtycke till att socialnämnd begär

en tandhälsoundersökning av

vidaktuell tandvårdsklinik.

Samtycket avser:

- Att socialnämnden ger tandvårdskliniken information som kan vara av vikt inför tandhälsoundersökningen.
- Att tandvårdskliniken får tillgång till de journaluppgifter som behövs och som finns om barnet/mig (barn över 15 år) i Nationella Patientöversikten (NPÖ).
- Att socialnämnden efter tandhälsoundersökningen får ta del av ett skriftligt utlåtande från tandvårdskliniken så att socialnämnden kan planera för att barnet kan få sitt behov av tandvård tillgodosett.

Information:

Du/ni väljer själv om du vill lämna samtycke. Samtycket gäller endast för detta tillfälle och inte för ev. framtida situationer. Ni kan när som helst återkalla samtycket, uppgifter som redan är inhämtade kan inte returneras eller makuleras men ytterligare uppgifter inhämtas inte.

Ort och datum _____

Namn vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namnteckning

Namnteckning

Barnet (barn från 15 år ska ge sitt samtycke)

Ansvarig socialsekreterare

Kontaktuppgifter Telefon Email