ENP TEAMET
Barnen är vår framtid

Samtycke till utredning

Barnets namn och personnummer_____

Ansvarig psykolog samt kontaktuppgifter _____

_____

☐ Jag/vi har tagit del av information om:

- Valfrihet och samtycke
- Sekretess
- Journalföring

Jag/vi samtycker till:

☐ Planerad insats.

☐ ENP får inhämta och utbyta relevant information med skolhälsovården samt övrig elevhälsa (skolläkare, skolsköterska, specialpedagog m.fl.).

Skola: _____

☐ ENP får inhämta information som t.ex. journaler och eventuella tidigare utredningar från Hälso- och sjukvården (t ex. Barn- och ungdomspsykiatrin, BVC, förlossning, barnkliniken).

BUP i vilken stad: _____

BVC, vilken vårdcentral: _____

Förlossning, vilket BB: _____
För att få inhämta förlossningsjournal måste även mammas personuppgifter anges.

Mammas namn och personnummer: _____

_____

☐ ENP får inhämta eventuell information från Socialtjänsten.

Ort och datum

_____

_____ _____
Vårdnadshavares underskrift *Vårdnadshavares underskrift*

_____ _____
Namnförtydligande *Namnförtydligande*

ENP-Teamet
Storgatan 52
70363 Örebro
Telefon 070-1628993
Webbplats www.enpteamet.se