

## INFORMATION ANGÅENDE BVC-JOURNAL

Bästa förälder i förskoleklassen,

För att underlätta uppföljningen av Ditt barns hälsa under skoltiden önskar jag att få tillgång till Ditt barns BVC-journal.

Det är till stor hjälp om Du kan ta kontakt med barnets BVC och be dem skicka den omgående till;



SKOLHÄLSOVÅRDEN



SKOLHÄLSOVÅRDEN

Box 8005

163 08 Spånga

Rokhesh Mahmoodi

08-36 76 48

BVC-journalen är en *sekretessbelagd* handling som endast skolhälsovården har tillgång till.

TACK PÅ FÖRHAND!

Med vänliga hälsningar,

Skolsköterska

## Rekvirering av sjukvårdsjournal.

Medgivande till att inhämta information om vård från annan utförare, vårdgivare

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

God man eller närstående som företräder den enskilde:

Namn: \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Vård och omsorg regleras i Socialtjänstlagen, Lag om stöd och service till vissa

funktionshindrade och Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt dessa lagar måste all vård och omsorg dokumenteras i journal. Hälso- och sjukvårdspersonal t.ex. läkare och sjuksköterskor dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournalen.

För att skolhälsovården ska kunna ge Dig/ditt barn god vård och omsorg kan de behöva inhämta information om Dig/ditt barn från annan utförare eller vårdgivare.

För att inhämta information från annan utförare eller vårdgivare krävs samtycke från myndiga elever eller från vårdnadshavare/godemän.

Jag medger att uppgifter ur min omsorgsjournal respektive hälso- och sjukvårdsjournal får överlämnas till skolhälsovården i skolan.

Om du skulle ångra ditt beslut om samtycke går detta att ändra i efterhand. Meddela sjuksköterskan på skolan.

Stockholm den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift av den enskilde personen/vårdnadshavare eller dennes ombud

Med vänlig hälsning/

x Till förälder / vårdnadshavare för Elev.....

Skolhälsovården önskar Ditt medgivande att rekvirera journalen från  
Barnvårdscentral  
Alt.föregående skola

تعلمكم الإدارة الطبية بالمدرسة وجوب موافقتكم على استخراج الملف  
الطبي لابنكم من المستوصف المسجل به أو مدرسته السابقة

x Namn på skolan / Barnvårdscentral

x Föräldramedgivande

x Namnunderskrift.....

x Datum

Vänligen : Skolsköterska *Rokhosh mahmoud*



SKOLHÄLSOVÅRDEN  
Box 8005  
163 08 Spånga  
08-36 76 48