|  |
| --- |
| «SSN» |
| «PatientFullName» |
| «AddressLine2» |
| «PostCode» «Town» |
| «Mobile» |

|  |
| --- |
|  |

Anmälan till Socialförvaltningen i kommun, ange: Personnummer:

Namn:

Adress:

Postadress:

Telefon:

**Offentligt anställda omfattas av lagstadgad anmälningsplikt enligt 14 kap. 1 § SoL och kan inte vara anonyma:**

Anställda inom tandvården är skyldiga att **genast anmäla** till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detta omfattar oro för barn vid uteblivna tandvårdsbesök eller sena och återkommande avbokningar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  På annat sätt: |  |

**Undertecknad har fått information om barnets förhållande genom:**[ ]  Uteblivande från bokade tider för tandvård[ ]  Upprepade återbud |

**Jag/vi har en misstanke om att detta barn far illa genom att:**

|  |
| --- |
| «PatientFullName» har vid flera tillfällen haft tider bokade på «ClinicName» men har inte kommit. Vi har försökt nå vårdnadshavare men inte fått kontakt.Alla barn i Sverige har rätt till regelbunden tandvård för att skapa en god munhälsa och undvika allvarliga munhälsoproblem. Upprepade återbud och uteblivande kan tyda på försummelse. Vårdnadshavare kan behöva stöd för att undvika att barn utsätts för detta. Som ansvarig behandlare är jag oroad över att «PatientFullName» inte får sin tandvård och önskar er hjälp med att komma i kontakt med familjen så vi kan boka en ny tid och att «PatientFullName» kan få den vård som är önskvärd. |

**Övriga upplysningar:**

|  |
| --- |
|  |

[ ]  Ja, vårdnadshavare är informerad om anmälan *(****OBS!*** *Informera INTE vårdnadshavare om misstanken rör våld, sexuella övergrepp eller heder!)*

|  |
| --- |
|  |

Ange namn:

|  |
| --- |
|  |

Ange namn:

**Undertecknad känner oro för detta barns hälsa och utveckling och vill med denna skrivelse förmedla den information jag/vi känner till.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Anmälare 1** | **Om relevant: Anmälare 2** |  |
| Titel och namn: | «DentistName» |  |  |
| Telefon: | «ClinicTelephone» |  |  |
| Verksamhet: |  |  |  |
| Adress: | «ClinicName»«ClinicLine2»«ClinicPostCode» «ClinicTown» |  |  |

 |

**Återkoppling önskas om hur socialtjänsten går vidare i detta ärende:**  [ ]  Ja [ ]  Nej