|  |
| --- |
| «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, vilket även omfattar dental försummelse och bristande omsorg.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Samtal med anhörig. Ange namn: | hhhhhh | | Samtal med annan. Ange namn: |  | | På annat sätt: |  |   **Undertecknad har fått information om barnets förhållande genom:**  Undersökning av barnet  Samtal med barnet |

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

|  |
| --- |
|  |

Ja, vårdnadshavare är informerad om anmälan *(****OBS!*** *Informera INTE vårdnadshavare om misstanken rör våld, sexuella övergrepp eller heder! Oavsett orsak har vi ingen skyldighet att informera vårdnadshavaren om anmälan.)*

|  |
| --- |
|  |

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

**Övriga upplysningar:**

|  |
| --- |
|  |