**Förfrågan om samverkan vid utredning mellan Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och Elevhälsan**

Datum: Klicka eller tryck här för att ange text.

Kommun: Klicka eller tryck här för att ange text.

Enhet: Klicka eller tryck här för att ange text.

Psykolog som initierar samverkan med den andra huvudmannen:

Klicka eller tryck här för att ange text.

Telefon: Klicka eller tryck här för att ange text.

E-post: Klicka eller tryck här för att ange text.

Barnets namn: Klicka eller tryck här för att ange text.

Barnets personnummer: Klicka eller tryck här för att ange text.

Ansvarig rektor: Klicka eller tryck här för att ange text.

Datum: Klicka eller tryck här för att ange text.

Telefon: Klicka eller tryck här för att ange text.

E-post: Klicka eller tryck här för att ange text.

Vilken/vilka bedömningar ni önskar att den andra huvudmannen ansvarar för?

Motivera varför den andra huvudmannens kompetens är viktig i denna utredning.

Klicka eller tryck här för att ange text.

Vilka bedömningar är utförda?
Namnge ansvariga samt ange datum för utfärdad bedömning

Pedagogisk bedömning

Ansvarig: Datum:

Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.

Social bedömning

Ansvarig: Datum:

Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.

Medicinsk bedömning

 Ansvarig: Datum:

Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.

Psykologisk bedömning

Ansvarig: Datum:

Klicka eller tryck här för att ange text. Klicka eller tryck här för att ange text.

Viktiga datum som berör utredningen:

Klicka eller tryck här för att ange text.

Hela utredningen bör vara klar: Klicka eller tryck här för att ange text.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift psykolog ansvarig för samverkans förfrågan

**Samtycke från vårdnadshavare angående utredningssamverkansförfrågan mellan elevhälsan och Region Kronoberg.**

**Vårdnadshavare är informerade om samverkansförfrågan mellan elevhälsan och Barn och ungdomshabiliteringen Region Kronoberg och lämnar sitt samtycke till att förfrågan ställs.**

Underskrift vårdnadshavare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Underskrift Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Namnförtydligande Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Datum