|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formulär för överrapportering till socialtjänst |  |  |
| 2016-02-05 |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Till Socialförvaltning \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Återkoppling på genomförd hälsoundersökning av ensamkommande asylsökande barn**

**Personuppgifter:**

**namn och födelsedatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LMA-nummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Hälsoundersökning är genomförd.

 Det har inte framkommit något medicinskt problem som behöver följas upp

  Det har framkommit ett hälsoproblem som god man är informerad om.

Följande hälsoproblem har framkommit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Med vänlig hälsning