# Samtycke för rekvisition av hälsoundersökningsuppgifter

## Välkommen till elevhälsan

För att på bästa sätt kunna möta ditt barns behov, vill jag som skolsköterska rekvirera resultat av tidigare genomförd hälsoundersökning. Denna undersökning kan ge oss information om till exempel aktuella och tidigare sjukdomar, tillväxt, syn, hörselundersökning och vaccinationer. För att kunna rekvirera dessa uppgifter behöver vi ditt samtycke. Uppgifterna hanteras enligt de sekretessbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal.

**Vänligen fyll i, underteckna och återsänd denna blankett till skolsköterskan.**

## 1. Personuppgifter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elevens namn | Personnummer | Klass |
|       |       |       |

## 2. Uppgifter till mottagning

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mottagning | Adress | Postnummer och ort |
|       |       |       |

## 3. Samtycke

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| [ ]  Ja, jag ger mitt tillstånd att hälsoundersökningsuppgifterna får rekvireras | [ ]  Nej, jag vill inte att hälsoundersökningsuppgifterna rekvireras |

## 4. Underskrift

Underskrift elev som fyllt 13 år

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

Underskrift vårdnadshavare.

Hälso- och sjukvården utgår från att vårdnadshavare med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en skriver under.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Underskrift | Namnförtydligande |
|       |  |  |

## [ ]  Vårdnadshavare har enskild vårdnad

## Kopior skickas till

|  |
| --- |
| Skolsköterska |
|       |
| Skolans namn | Adress | Postnummer och ort |
|       |       |       |
| Skolans journalkopieringskodAdressPostnummer och ort |
|       |