

Datum



Konsultation i samband med barnavårdsutredning från Socialtjänst

Enligt Socialtjänstlagen (2025:400), 20 kap. 5 § SoL

Barnets personuppgifter

Personnummer

För- och efternamn

Ansvariga parter kontaktuppgifter (OBS! Ifylles av respektive part)

Ansvarig socialtjänst

Ansvarig tandvårdsklinik

Postadress

Postadress

Socialsekreterare

Telefonnummer

Telefonnummer

Tandvård/aktuella tandvårdsbehov

Har barnet varit på regelbundna tandvårdskontroller?

ja

nej

Vid kallelse, har barnet uteblivit?

ja

nej

Vid uteblivande, antal samt under vilken tidsperiod?

Har det förekommit akuta besök?

ja

nej

Om ja, vad var anledningen?

Antal akuta besök samt under vilken tidsperiod?

antal _____ period _____

Finns det känd tandvårdsrädsla?

ja

nej

Aktuell tandstatus, inklusive slemhinnor och svalg vid senaste besöket

bra

mindre bra

dålig

Pågående sjukdomsbehandling, till exempel karies?

ja

nej

Vid ja, beskriv (till exempel förebyggande tandbehandling, lagning)

Följer vårdnadshavare råd och rekommendationer?

☐ ja

nej

När ska barnet kallas nästa gång?

år _____

månad _____

Övrig information

Underskrift uppgiftslämnare

Namnförtydligande och telefonnummer

Klinik

Postadress

Telefon

Organisation

Folktandvården Värmland

Postnr och postort

E-postadress