

# Blankett för anmälan till socialtjänsten

Aktualisering om barn enligt kap 14 Socialtjänstlagen

**Till:**

Aktuell socialnämnd \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Ort och postnummer \_\_\_\_\_

Barnets namn & personnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Barnets adress, postnummer och ort \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 1 \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2 \_\_\_\_\_

Telefon till barnets bostadsadress \_\_\_\_\_

Telefon till vårdnadshavare \_\_\_\_\_

**Namn på socialsekreterare om muntlig kontakt tagits i ärendet:**

\_\_\_\_\_  
(Namn samt datum för kontakt)

**lakttagelse/uppgift:**

(Fakta, berättelse, situation. Ej bedömning eller slutsats)

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

**När och i vilket sammanhang fick personal på tandkliniken kännedom om ovanstående:**

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

**Vilken personal på tandkliniken har uppgifter relevanta för aktualiseringen:**

Namn & tjänsteställning \_\_\_\_\_

Arbetstelefon \_\_\_\_\_

Namn & tjänsteställning \_\_\_\_\_

Arbetstelefon \_\_\_\_\_

Namn & tjänsteställning \_\_\_\_\_

Arbetstelefon \_\_\_\_\_

**Har personal på tandkliniken informerat någon berörd om aktualiseringen?**

Barnet:                              Ja                              Nej

Vårdnadshavare:                  Ja                              Nej

**Om det är möjligt, önskar berörd personal återkoppling om åtgärd vidtas till följd av aktualiseringen.**

**Ort och datum** \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Tjänsteställning \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Tjänsteställning \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_