

## Medgivande inför NP-utredning

Inför en utredning måste samtliga vårdnadshavare vara informerade samt godkänna att utredning görs.

Samtycker ni till att vi, vid behov, läser journalanteckningar från annan vårdgivare.  
Samtycker ni till återgivning till skolan efter utredningens slut.

### Patient/personnummer:

.....  
Namn Personnummer

Vårdnadshavare har tagit del av informationen och godkänner fortsatt vårdkontakt

..... <b>Vårdnadshavare 1</b>	..... Personnummer
..... Underskrift	..... Ort/Datum
..... Adress	..... Postnummer
..... Telefonnummer 1	..... Telefonnummer 2

..... <b>Vårdnadshavare 2</b>	..... Personnummer
..... Underskrift	..... Ort/Datum
..... Adress	..... Postnummer
..... Telefonnummer 1	..... Telefonnummer 2

Ensam vårdnadshavare? **ja** **nej** Samtycker du/ni till SMS-avisering **ja** **nej**

Påskrivet dokument returneras till Capio BUMM Zinkensdamm innan utredning startas till adress nedan.