

## Sammanfattning BHV till elevhälsan

Personnr: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tfn: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare

namn o tfn

Barnvårdscentral

Viktiga händelser i barnets eller familjens liv, t ex allvarlig sjukdom, olycksfall, dödsfall, separation, boende, täta barnomsorgsbyten, föräldrars oro, ärftlighet:

*Tidpunkt?*

	U a	Anm.
Utveckling		
Syn		
Hörsel		
Språk		
Vaccinationsprogram		
Läkarkontakt på BVC		
Resultat av 5-års besök, ev. planerad åtgärd		
Allergi		
Särskild diet		
Medicinering		
Annan sjukdom? <i>Beskriv:</i>		
Regelbundna vårdkontakter		
Övrig information:		

Datum \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare medger att BVC-journalen skickas till elevhälsan Ja  Nej

Underskrift barnets vårdnadshavare \_\_\_\_\_

Skola barnet kommer att gå på \_\_\_\_\_

Ansvarig BHV-sjuksköterska