

Remitterande verksamhet:	
Handläggare:	
Telefon:	Epost:
Faktureringsinfo: Kostnadsställe/Referens	

Adress för remissvar:

Adress:	
Postnummer:	Ort:

Remissdatum:	
Namn:	
Personnummer:	
Adress:	
Postnummer:	Ort:
Tfn:	

Vårdnadshavares namn och adress

Vårdnads- havare:	Vårdnads- havare:
Adress:	Adress:
Telefon:	Telefon:
E-post:	E-post:
Vårdnadshavare: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Vårdnadshavare: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Frågeställning (skriv kort, gärna i punktform och eller bilaga)

Samtycke - TILL LÄKARUTREDNING

**Jag/Vi samtycker till att mitt barn utreds och bedöms av läkare verksam vid
Preventionscentrum i Skåne.**

Namn::	
Personnummer:	Datum:

Underskrift vårdnadshavare:

Namnförtydligande

Underskrift vårdnadshavare:

Namnförtydligande
