



ANMÄLNINGSDEL FÖR BARNSKYDDSANMÄLAN

Barnskyddsanmälan _____ / _____ 20_____

Tas emot i skriftlig eller muntlig form (per telefon eller genom ett personligt besök)

Den som gör anmälan fyller i de uppgifter som denne har vetskap om.

Barnets namn	Ålder	Personbeteckning
Adress och kontaktinformation		

Barnet bor hos	
<input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> fadern <input type="checkbox"/> annan vårdnadshavare	
Vårdnadshavarens namn	Personbeteckning
Adress och kontaktinformation	
Vårdnadshavarens namn	Personbeteckning
Adress och kontaktinformation	

Innehållet i barnskyddsanmälan (belyses med egna ord)

Har barnet informerats om barnskyddsanmälan?

ja nej inga uppgifter

tilläggsuppgifter: _____

Har vårdnadshavaren/vårdnadshavarna informerats om barnskyddsanmälan?

ja nej inga uppgifter

tilläggsuppgifter: _____

Den som har gjort anmälan	Tjänsteställning/yrkesbeteckning och verksamhetsställe
Kontaktinformation	

Anmälan har gjorts av en privatperson som förbjuder att uppgifter om anmälaren ges till dem som är delaktiga i ärendet

Orsak _____

Vem har gjort anmälan?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> anmälan har gjorts anonymt | <input type="checkbox"/> yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården |
| <input type="checkbox"/> barnet själv | <input type="checkbox"/> barn- och ungdomspsykiatrisk vård |
| <input type="checkbox"/> barnets förälder eller vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> familjerådgivningsbyrå |
| <input type="checkbox"/> annan familjemedlem | <input type="checkbox"/> mentalvårdstjänster |
| <input type="checkbox"/> annan anhörig/släkting | <input type="checkbox"/> barnskyddsanstalt |
| <input type="checkbox"/> annan privatperson | <input type="checkbox"/> familjevårdare |
| <input type="checkbox"/> barn- eller mödrarådgivningsbyrå | <input type="checkbox"/> mottagningsverksamhet för asylsökande |
| <input type="checkbox"/> barndagvård | <input type="checkbox"/> socialjour |
| <input type="checkbox"/> hemservice | <input type="checkbox"/> annan producent av socialservice |
| <input type="checkbox"/> socialarbetare | <input type="checkbox"/> annan producent av hälso- och sjukvårdsservice |
| <input type="checkbox"/> morgon- och eftermiddagsverksamhet för skolelever | <input type="checkbox"/> polisväsendet |
| <input type="checkbox"/> skolverk eller annan undervisnings- eller utbildningsanordnare | <input type="checkbox"/> person som är anställd eller innehar ett förtroendeuppdrag inom en församling eller ett annat religiöst samfund |
| <input type="checkbox"/> skolhälsovård | <input type="checkbox"/> nödcentral |
| <input type="checkbox"/> ungdomsväsendet | <input type="checkbox"/> räddningsväsendet |
| <input type="checkbox"/> missbrukarvård | |
| <input type="checkbox"/> annan instans, vilken _____ | |

av anmälan framgår inte vem som har gjort anmälan

Anmälan har tagits emot _____ / _____ 20_____

Den som tog emot anmälan
Tjänsteställning/yrkesbeteckning