

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

VÅRDSAMVERKAN SKARABORG  
DELREGIONAL  
RUTIN



Titel: Läkarintyg till skola

Gäller för: BUP, BUM, elevhälsan Skaraborg

Fastställt: 2025-05-21

Innehållsansvarig: Ulla Gustavsson

E-post: [ulla.gustafsson@vgregion.se](mailto:ulla.gustafsson@vgregion.se)

Gäller från: 2025-05-26

Gäller till: 2026-05-31

Version: 1

Senast reviderad: Klicka eller tryck här för att ange text.

## Läkarintyg till skola

### Angående:

Namn:	Personnummer:
Skola:	Kommun:

### Aktuellt

Intyget är baserat på min undersökning av patienten följande datum:

Beskriv hur barnets symtom påverkar funktions- och aktivitetsförmåga:

Pågående utredning/behandling:

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

VÅRDSAMVERKAN SKARABORG  
DELREGIONALT  
STYRDOKUMENT



Sammanfattande bedömning:

Procent: Används kort period under speciella omständigheter. Kryssa då i rutan.

100%

T o m:

---

Datum

---

Underskrift

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

VÅRDSAMVERKAN SKARABORG  
DELREGIONALT  
STYRDOKUMENT

