

Egen vårdbegäran

Vad är anledningen till att du söker hjälp idag? Vilken hjälp önskar du få? Beskriv kortfattat, max 2000 tecken. (Obligatorisk)

Hur länge har du haft dina besvär? (Obligatorisk)

Har du genomgått någon behandling för dina besvär? Om ja, i så fall vilken ellervilka? (Obligatorisk)

Hur ser din familjesituation ut? Vem/vilka bor du med? (Obligatorisk)

Har du bra rutiner med mat och sömn? (Obligatorisk)

Vilken skola går du på? (Obligatorisk)

Hur fungerar det i din skola? Hur trivs du med skola och kompisar? (Obligatorisk)

Har du någon extrahjälp i skolan? (Obligatorisk)

Nej

Ja

Tar du några mediciner?

Nej

Ja

Har du varit utsatt för våld eller övergrepp?

Nej

Ja

Godkänner du att vi tar del av din journal inom Region Dalarna?

Nej

Ja

Har du kontakt eller varit i kontakt med någon annan myndighet, t.ex socialtjänst, elevhälsa eller annat?

Nej

Ja

Har du behov av språktolk?

Nej

Ja

Är det något annat du tycker vi behöver känna till? (Obligatorisk)

Vem vill du vi skall kontakta? (Obligatorisk)

- Mig själv
- Förälder/vårdnadshavare

Har du fått hjälp med att fylla i remissen? Om ja, ange vem (Obligatorisk)

Kontaktuppgifter till förälder/vårdnadshavare. Ange namn, personnummer och telefonnummer. (Obligatorisk)

Vårdnadshavarnas underskrifter

Ort och datum

Namnsteckning

Ort och datum

Namnsteckning

Vänligen posta blanketten till din närmaste BUP

Psykiatripartners
Sankt Larsgatan 3
582 24 Linköping

Psykiatripartners
Slottsgatan 69,
602 22, Norrköping

Psykiatripartners
Honnörsgatan 12,
352 36 Växjö

Psykiatripartners
Gängesvägen 12C,
341 31 Ljungby

Psykiatripartners
Slaggatan 3,
791 71 Falun

Psykiatripartners
Neuropsykiatrisk
utredning

Borgmästargränd 1D
553 20 Jönköping

Psykiatripartners
Neuropsykiatrisk
utredning och behandling

Kalendegatan 18
211 35 Malmö