

NAMN: _____

ADRESS: _____

PERSONNUMMER: _____

TELEFONNUMMER: _____

Vad söker du hjälp för? Försök beskriva ditt problem och vad du kämpar med.

Hur påverkar ditt problem ditt liv i stort? Exempelvis dina sociala relationer, din förmåga att arbeta eller din fysiska hälsa.

Hur länge har du haft ditt problem och hur har du försökt hantera det?

Har du fått hjälp av oss tidigare?

- JA
 NEJ

Har du haft kontakt med någon annan vårdgivare för ditt problem?

- JA
 NEJ

Har du haft kontakt med någon annan vårdgivare för ditt problem? Om JA vilken och när?

Tar du några mediciner? I så fall vilka?

Godkänner du att vi läser din journal?

- Ja
- Nej

Använder du droger eller dricker du alkohol?

Datum och underskrift:

Vänligen skriv och posta Egenremissen till den mottagning du önskar söka till.
Adress hittar du på hemsidan www.psykiatripartners.se