

NAMN: _____

ADRESS: _____

PERSONNUMMER: _____

TELEFONNUMMER: _____

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 besvär (Obligatorisk)

Har du genomgått någon behandling för dina besvär? Om Ja, i så fall vilken eller vilka?

(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?

NEJ

JA

Tar du några mediciner?

NEJ

JA

Har du behov av språktolk?

NEJ

JA

Har du varit utsatt för våld eller övergrepp?

NEJ

JA

Godkänner du att vi tar del av din journal?

NEJ

JA

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

NEJ

JA

Är det något mer du tycker att vi borde känna till? (Obligatorisk)

Vem vill du att vi ska kontakta? (Obligatorisk)

- Mig själv
- Förälder/vårdnadshavare

Har du fått hjälp att fylla i remissen? Om Ja, ange vem? (Obligatoriskt)

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

Vårdnadshavarnas underskrifter

Ort Datum

Namnteckning

Ort Datum

Namnteckning

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