

Digital BUP-mottagning

Innan du skickar en remiss till vår digitala BUP-mottagning är det bra om du förstår vad digital vård innebär och när det är lämpligt. Läs därför denna information innan du postar din egenremiss.

På vår digitala BUP-mottagning arbetar specialistläkare, psykologer, sjuksköterskor och kuratorer med bedömning, utredning och behandling. Vi tar emot barn och unga mellan **8 och 18 år** som bor i **Stockholm** eller **Dalarna**.

Alla besök är kostnadsfria och sker genom videosamtal i appen Min vård.

När passar digital vård?

Vad som är lämpligt att utreda och behandla digitalt kan vara olika beroende på situation. Här är några exempel på sådant som vi oftast kan hjälpa dig med på vår digitala BUP-mottagning:

- Sömnsvårigheter
- Ångest och oro
- Social ångest
- Panikångest
- Depression
- Tvångssyndrom
- Måttlig PTSD
- Utagerande beteenden utan behov av samverkan mellan till exempel skola och socialtjänst
- ADHD
- Enkla neuropsykiatriska utredningar
- Läkemedelsbehandlingar

Var noggrann med att svara på alla frågor. Skicka sedan egenremissen till:

Psykiatripartners
Slaggatan 3c
79171 Falun

Egenremiss till den digitala BUP-mottagningen

Patient – information om den person remissen avser

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Postadress: _____

Patientens vårdnadshavare

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Varför söker du hjälp?

Beskriv kortfattat dina besvär och vilken typ av hjälp du önskar.

Hur påverkar dina besvär ditt liv?

Berätta om besvären till exempel påverkar skolan, relationer eller din fysiska hälsa.

Hur länge har du haft besvär?

Hur har du tidigare försökt hantera besvären?

Berätta till exempel om du har fått någon typ av behandling.

Går du i skolan eller har du någon annan daglig sysselsättning?

Får du extrahjälp eller andra anpassningar i skolan?

Ja Nej

Hur ser din familjesituation ut?

Berätta kortfattat om din familj och hur ni bor.

Hur ser dina rutiner ut kring mat och sömn?

Berätta till exempel hur ofta du äter och hur länge du brukar sova.

Har du varit utsatt för våld eller övergrepp?

Ja Nej

Tar du några läkemedel idag?

Om ja, berätta vilka.

Använder du droger eller dricker du alkohol?

Har du fått hjälp av oss på Psykiatripartners tidigare?

Ja Nej

Har du, eller har du haft, kontakt med någon annan vårdgivare eller socialtjänst för ditt besvär?

Ja Nej

Om ja, vem har du haft kontakt med och när?

Behöver du språktolk?

Ja Nej

Är det något mer du vill att vi ska veta?

Godkänner du att vi läser din journal via nationella patientöversikten (NPÖ)?

Ja Nej

Vid gemensam vårdnad – har båda vårdnadshavare kännedom om att denna remiss skickas?

Ja Nej

Godkänner båda vårdnadshavarna till att bli kallade till ett första besök (nybesök)?

Ja Nej

Har någon hjälpt dig att fylla i remissen?

Ja Nej

Om ja, vem har hjälpt dig?

Godkänner du att Psykiatripartners skickar sms till dig?

Vi skickar bara sms som är relevanta för utredning och behandling hos oss.

Ja Nej

Vårdnadshavarens underskrift

Datum: _____

Namnteckning: _____