

Egen vårdbegäran

För- Efternamn

Personnummer

Adress

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 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? (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

Namnteckning

Ort och datum

Namnteckning

Vänligen posta blanketten till:

**Psykiatripartners
Slaggatan 3 C
791 71 Falun**