

En väg in - Remiss för vård

Var god se nästa sida!

Remiss för vård

En väg in – för barn och ungdom med psykisk ohälsa

För att vi ska kunna göra en utförlig bedömning av ert ärende ber vi er fylla i nedanstående uppgifter och därefter skicka formuläret till enheten En väg in – för barn och ungdom med psykisk ohälsa med (se adress nedan). Alla uppgifter markerade med en stjärna (*) är obligatoriska att fylla i. Efter att vi fått in uppgifterna kommer ert ärende att bedömas och ni kommer att kontaktas för eventuella vidare insatser.

Blanketten är en journalhandling. Uppgifterna som du lämnar är skyddade enligt offentlighets- och sekretesslagen.



Patientuppgifter *

Personnummer	
Efternamn	Förnamn
Adress, postnummer och ort	
Tel. mobil	
Vårdcentral patienten är listad på	

Vårdnadshavare 1 uppgifter *

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress, postnummer och ort	
Tel. hem	Tel. mobil

Vårdnadshavare 2 uppgifter *

Efternamn	Förnamn
Personnummer	
Adress, postnummer och ort	
Tel. hem	Tel. mobil

Uppgiftslämnare *

Vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Annan (ange relation) <input type="checkbox"/>

Var bor barnet/ungdomen? *

Vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/> Växelvis <input type="checkbox"/> Annat (ange var) <input type="checkbox"/>

Godkännande om sms-påminnelse till vårdnadshavare om bokade möten: *

Ja Nej

Båda föräldrar/vårdnadshavare är informerade om En väg in -kontakt? *

Ja Nej

Samtycke till kontakt/insamlande av information från: *

Andra vårdgivare Ja Nej
Skola Ja Nej
Socialtjänst Ja Nej
Övriga aktörer Ja Nej Ange vilka:

Behov av tolk/teckentolk *

Språk/teckenspråk

Uppgifter om skola *

Vilken förskola/skola går barnet/ungdomen i samt årskurs/program

Kontaktuppgifter skola

Vilka åtgärder har förskolan/skolan tagit för anpassning till barnet/ungdomen?

Har förskolan/skolan genomfört någon utredning och i så fall vad var slutsatsen?

Hur fungerar rutiner för mat och sömn?

Beskriv kortfattat de besvär barnet/ungdomen har och vilken hjälp du/ni önskar få *

**Har barnet/ungdomen tankar på att skada sig själv eller inte vilja leva?
Kontakta i så fall akut telefonrådgivning via tel. 0470-58 80 00**

Psykisk sjukdomshistoria *

Hur länge har barnet/ungdomen haft dessa besvär?

Har barnet blivit undersökt av läkare för dessa besvär? Ja Nej
Vet ej

Har barnet/ungdomen tidigare sökt för dessa besvär: Om ja, när och var?

Har barnet/ungdomen behandlats för dessa besvär? Om ja, när och var?

Nuvarande kontakt med andra vårdgivare? Om ja, ange med vilka

Aktuell medicinering? Om ja, ange mediciner och dosering

Har barnet varit utsatt för våld eller övergrepp?

Övrig sjukdomshistoria *

--

Vårdplacering utanför hemmet

Familjehem HVB-hem Ange vilket och kontaktuppgifter

Ska biologisk förälder kallas till EVI-kontakten? <input type="checkbox"/>	Biologisk förälder, kontaktuppgifter
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Kontakt med socialtjänst

Om kontakt finns med socialtjänsten, ange kontaktuppgifter

Uppgifter för asylsökande

Asylsökande <input type="checkbox"/>	Ankomstdatum till Sverige
--------------------------------------	---------------------------

LMA-nummer

God man, kontaktuppgifter

Boende, kontaktuppgifter

Brukar barnet/ungdomen alkohol eller andra illegala substanser? Ange vilka:

--

Övriga upplysningar av intresse?

--

Datum: _____ Underskrift uppgiftslämnare: _____

Undertecknad egenremiss skickas via brev till:

En väg in – för barn och ungdomar med psykisk ohälsa
Västra Esplanaden 9A
352 31 Växjö

*=Obligatoriska uppgifter