

## 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:	
Telefonnummer:	
Mailadress:	
Vårdcentral patienten är listad på:	

#### Vårdnadshavare 1 uppgifter \*

Efternamn:	Förnamn:
Personnummer:	
Adress, postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
Mailadress:	

#### Vårdnadshavare 2 uppgifter \*

Efternamn:	Förnamn:
Personnummer:	
Adress, postnummer och ort:	

Telefonnummer:

Mailadress:

### Uppgiftslämnare \*

Vårdnadshavare 1  Vårdnadshavare 2  Patienten   
Annan (ange relation)

### Var bor barnet/ungdomen? \*

Vårdnadshavare 1  Vårdnadshavare 2  Växelvis   
Annat (ange var)

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

Ja  Nej

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

Ja, båda  Nej

En av föräldrarna/vårdnadshavarna  Vem?

### 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 \*

Ja  Nej  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 vilka 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 specialistpsykiatrins akuta 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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	
HVB-hem <input type="checkbox"/> Ange vilket och kontaktuppgifter	
Ska biologisk förälder kallas till EVI-kontakten?                      Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Biologisk förälder, kontaktuppgifter:

**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: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande : \_\_\_\_\_

**Undertecknad remiss skickas via brev till:**

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