

## Egenremiss till psykiatrimottagningen, Angereds Närsjukhus

Förnamn

Efternamn

Personnummer  
(12 siffror)

Adress

Postnummer

Ort

Hemtelefon

Mobiltelefon

Bor tillsammans med

Behov av tolk?

Ja

Vilket språk?

(kryssa)

Folkbokföringsadress (om annan än ovan)

Har du kontakt med andra vårdgivare eller andra hjälpinstanser?

Vad får dig att söka hjälp just nu?.

Beskriv dina besvär. När började de?

Personnummer (12 siffror)

Hur ser din tillvaro ut just nu? (arbete, studier, familj, vänner)

Har du haft psykiska besvär tidigare? Om ja, vilken typ av besvär? Hur längesedan var det?

Har du tidigare behandlats för psykiska besvär? Om ja, vilken behandling fick du då?

Har du någon pågående behandling för dina psykiska besvär? Om ja, vem ansvarar för behandlingen?

Använder du droger eller alkohol? Om ja, i vilken omfattning? Vilken typ av droger använder du (exempelvis överkonsumtion av läkemedel)?

Personnummer (12 siffror)

Tar du medicin för någon annan sjukdom, just nu? Har du någon kroppslig sjukdom?

Finns det något annat som vi behöver ta hänsyn till vid vår bedömning (till exempel graviditet, hemmavarande minderåriga barn)?

Vad förväntar du dig utav kontakten med mottagningen?

Godkänner du att vi får ta del av journalanteckningar gjorda hos vårdcentral/läkarmottagning/annan specialistmottagning där du varit/är patient?

Ja            Nej

Godkänner du att vi skickar påminnelser via sms? (Kontrollera ditt telefonnummer ovan.)

Ja            Nej

**Datum:** ..... **Underskrift:** .....

Remissen skickas till: Psykiatrimottagningen, Angereds Närsjukhus, Box 63, 424 22 Angered

Eller lämnas till: Psykiatrimottagningen, Receptionen, Angereds Närsjukhus, Halmtorget 1