

EGENREMISS BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA MOTTAGNINGEN

Med anledning av ditt önskemål om besök på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen ber vi dig svara på nedanstående frågor så utförligt som möjligt för att säkerställa snabb och rätt bedömning. När du sânt svaret till oss kommer din remiss att bedömas. Du får sedan besked per brev angående tid för ett eventuellt besök eller om vi bedömt att du ska vända dig till annan vårdinstans samt om vi vidarebefordrat din egenremiss till annan vårdinstans.

Personnummer	
Efternamn	Förnamn
Adress/aktuellt boende	
Postnummer	Postadress
Tel. hem	Tel. mobil
Vårdcentral du är listad på	

Uppgifter för föräldrar/vårnadshavare/annan anhörig

Personnummer	
Efternamn	Förnamn
Adress	
Postnummer	Postadress
Tel. hem	Tel. arbetet
Tel. mobil	

Personnummer	
Efternamn	Förnamn
Adress	
Postnummer	Postadress
Tel. hem	Tel. arbetet
Tel. mobil	

Familjesituation/syskon

Aktuell skolsituation

Ange namn på förskola/grundskola/gymnasieskola samt årskurs/program

--

Om barnet är placerat enligt SOL eller LVU (exempelvis familjehem, HVB-hem, SIS-institution) ange ansvarig socialtjänst, adress och telefonnummer

Behov av tolk? Om ja ange vilket språk

- Ja, språk.....
- Nej

Om du är asylsökande

LMA-nummer	Ankomstdatum till Sverige
------------	---------------------------

God man

Efternamn	Förnamn
Adress	
Postnummer	Postadress
Tel. hem	Tel. arbete
Tel. mobil	

Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning?

- Ja
- Nej

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eventuell övrig information

.....
.....
.....

Önskar du utnyttja vårdgarantin?

- Ja
- Nej

Underskrift

Namnförtydligande

.....
.....

Egenremissen ska skickas till

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen
Skaraborgs sjukhus Skövde
541 85 Skövde