

För önskemål om kontakt med Barn- och ungdomshabiliteringen ber vi er fylla i detta formulär. Vi hör av oss när vi tagit emot vårdbegäran. Vid frågor kontaktas Barn- och ungdomshabiliteringen på telefon 054-61 85 00

**Vårdbegäran skickas till Barn- och ungdomshabiliteringen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran".**

Personuppgifter barn/ungdom

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	Förnamn	Efternamn
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		

Kontaktuppgifter vårdnadshavare**Kontaktuppgifter vårdnadshavare**

Förnamn	Förnamn
Efternamn	Efternamn
Telefon hem	Telefon hem
Mobiltelefon	Mobiltelefon
Telefon arbete	Telefon arbete
Gemensam vårdnad?	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja - har båda vårdnadshavarna samtyckt till remissen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Uppgifter om barnets/ungdomens behov (om utrymmet inte räcker till fortsätt på baksidan!)

Vad önskar ni få hjälp med från Barn- och ungdomshabiliteringen?
Beskriv barnets/ungdomens funktionsnedsättning och aktuella problem.
Vilka insatser har provats/är pågående inom landsting eller kommun för att hjälpa barnet/ungdomen med det aktuella problemet? – ex barnmottagning, elevhälsoteam, BVC, ungdomsmottagning, socialtjänst
Finns behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:

Underskrift vårdnadshavare

Ort och datum:	Ort och datum:
Underskrift:	Underskrift:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande: