

Egen vårdbegäran

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnets personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Förälder	Förälder
Adress	Adress
Telefonnummer	Telefonnummer
E-post	E-post
Vårdnadshavare Ja Nej	Vårdnadshavare Ja Nej

Remitterande verksamhet
Remiss utfärdad av
Telefonnummer

Förskola/skola	Rektor
Telefon	

Asylsökande

LMA-nummer	God man, kontaktuppgifter
Ankomstdatum till Sverige	Boende, kontaktuppgifter

Om barnet är placerat enligt SoL eller LVU

Familjehem	Aktuell handläggare vid socialtjänsten
HVB-hem	Vem ska vara barnet behjälplig i kontakten med BUP?
SiS-institution	Ska biologisk förälder kallas till kontakten med BUP?
Kontaktperson	Telefonnummer

<p> Vilka psykiatriska symptom uppvisar barnet? (suicidtankar, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter etc) Vid suicidtankar skickas ingen remiss, ta direkt kontakt med rådgivningen på telefonnummer 010-831 83 18 </p>		
<p>Beskriv funktionsnivå (sömnvanor, matvanor, social funktion, skolgång etc)</p>		
<p>Pågående insatser/åtgärdsprogram</p>		
<p>Resultat av åtgärder</p>		
<p>Tidigare utredningar (önskas insats/fortsatt bedömning efter basutredning – var vänlig bifoga hela basutredningen)</p>		
<p>Eventuell fastställd diagnos</p>		
<p>Bedömer du som remittent att det finns risk för hot och/eller våld i kontakt med vårdgivare?</p>		<p>Ja Nej</p>
<p>Om ja, beskriv riskbeteendet närmare</p>		
<p>Bakgrund eller sjukdomstillstånd relevant för barnets historia (till exempel kroppsliga sjukdomar, medicinering, alkohol, droger, trauma etc)</p>		
<p>Familjeförhållanden</p>		

Samtycker du till att vi vid behov inhämtar information från skolan?	Ja	Nej
Samtycker du att vi tar del av journaluppgifter från andra mottagningar?	Ja	Nej
Kan du kommunicera självständigt?	Ja	Nej
Ange behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk:		

<p>Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 7 arbetsdagar.</p> <p>Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran</p>	<p>Skicka blanketten till: Barn- och ungdomspsykiatri Centralsjukhuset 651 85 Karlstad</p> <p>Märk kuvertet med "egen vårdbegäran"</p>
Namnunderskrift	Datum:

Adress för remissvar
