

Flyktingbarnteamet,
BUM/BUP Gamlestaden
Gamlestadsvägen 2-4, Hus B2
415 02 Göteborg,
Telefon: 073-6601758

REMISS till Flyktingbarnteamet

Remissdatum:

Remissavsändare

Verksamhet:

Handläggare:

Adress:

Telefon:

Önskar remittenten bli kallad till första besöket? Ja Nej

Barnet/ungdomen Pojke Flicka

Efternamn: Förnamn:

Personnr:

För asylsökande - LMA-nr:

c/o:

Adress: Lgh.nr:

Postadress:

Telefon:

Förälder

Namn:

Adress:

Telefon:

Förälder

Namn:

Adress:

Telefon:

Gemensam vårdnad: Ja Nej

Eventuella familjehemsföräldrar

Namn:

Adress:

Telefon:

God man

Namn:

Adress:

Telefon:

Socialsekreterare/introduktionssekreterare

Namn:

Adress:

Telefon:

Tolkbehov/Språk:

Land:

Inresedatum i Sverige:

Mottagningsdatum/Introduktionen inleds:

Förskola/skola:

BVC:

Andra pågående kontakter:

.....

Hälsundersökt? Ja Nej

Om ja, var?

Fyll i blanketten för "Rekvisition av journalhandlingar"

Vilka insatser är gjorda?

ex. skolhälsovård, ungdomsmottagning, vårdcentral

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Resultat av insatserna?

Ex. utredning, åtgärdsprogram

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vilka tecken på fysisk och psykisk ohälsa uppvisar barnet?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kompletterande uppgifter om bakgrunden/historia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Legal status:

- Permanent UppehållsTillstånd Tillfälligt UppehållsTillstånd
- Asylsökande Gömd

Bilagor? Ja Nej

Underskrift remittent:

.....

Remissen skickas till:

Flyktingbarnteamet,
BUM/BUP Gamlestaden
Gamlestadsvägen 2-4, Hus B2
415 02 Göteborg,
Telefon: 073-6601758

En fullständig ifylld remiss underlättar hanteringen av ärendet och förkortar väntetiden, TACK!



Datum

FLYKTINGBARNTEAMET
BUM/BUP Gamlestaden
Gamlestadsvägen 2-4, Hus B2
415 02 Göteborg
Telefon: 0736-60 17 58

Rekvisition av journalhandlingar

Angående:

Personnummer:

Ovan rubricerade patient är aktuell på Flyktingbarnteamet, Gamlestaden.
Vi är tacksamma för journalkopior angående denna patient.

Med vänliga hälsningar

Ansvarig socionom/psykolog/läkare

Namnförtydligande

FLYKTINGBARNTEAMET
BUM/BUP Gamlestaden
Gamlestadsvägen 2-4, Hus B2
415 02 Göteborg

Härmed ger jag mitt medgivande till att Flyktingbarnteamet Gamlestaden får ta del av ovanstående journalhandlingar.

Göteborg den / 20

Vårdnadshavare _____

Namnförtydligande _____