

EGENREMISS TILL ENHETEN FÖR BARNNEUROPSYKIATRI, BNK

För att vi ska kunna göra en utförlig bedömning av ert ärende ber vi er fylla i nedanstående uppgifter och därefter skicka formuläret till enheten. Efter att vi fått in uppgifterna kommer ert ärende att prioriteras och bedömas och ni kommer att kontaktas för eventuella vidare insatser.

PATIENT

Flicka/Kvinna Pojke/Man

Personnr: _____

Namn: _____

Gatuadress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Skola, årskurs/program: _____

Vårdnadshavare namn/persnr: _____

Gatuadress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Telefon hem: _____ Arbete: _____ Mobil: _____

Vårdnadshavare namn/persnr: _____

Gatuadress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Telefon hem: _____ Arbete: _____ Mobil: _____

Uppgiftslämnare Modern Fadern Patienten Annan Vårdnadshavare Modern Fadern Gemensam Enskild Annan Båda föräldrar/vårdnadshavare är informerade om kontakten med BNK Ja Nej

Om nej, orsak _____

Boende:Hos modern hos fadern hos båda föräldrarna Växelvis boende Familjehem Annat _____Tolk Språk _____

Patientens personnr: _____

Vilket eller vilka symtom/problem söker ni för? _____

Har barnet/ungdomen uttryckt tankar om att inte vilja leva? _____

Beskriv hur barnet/ungdomen sover: _____

Beskriv hur barnet/ungdomen äter: _____

Hur är det med kamratrelationer? _____

Hur ser närvaron ut i skolan? _____

Har tidigare utredning gjorts? Ja Nej

Var gjordes utredningen? _____

Om ja, vad kom man fram till? _____

Har ni aktuell BUP- eller Habiliteringskontakt? Ja Nej

Vi är tacksamma om ni skickar med ev. tidigare journalkopior.

Medgivande till att vi rekvirerar kopior från tidigare vårdgivare.

Förälders/vårdnadshavares underskrift