

## Egenremiss Psykiatri

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen eller om det är primärvårdens ansvar att utreda och behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (baksida/s.2 kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

**Vi har inte i uppdrag att behandla följande tillstånd: bipolär sjukdom, psykostillstånd, beroende-/missbruk, ätstörningar, självskadebeteenden, självmordsrisk eller andra tillstånd som kräver snabbt omhändertagande.**

Namn	Personnummer	Yrke/Sysselsättning

Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (arbete)	Godkänner SMS-påminnelse
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Folkbokföringsadress	Ordinarie vårdcentral

Problem du önskar bedömning av

<input type="checkbox"/> ångest/panikångest	<input type="checkbox"/> depression	<input type="checkbox"/> sömnproblem	<input type="checkbox"/> psykosomatiska och stressrelaterade problem
<input type="checkbox"/> fobier	<input type="checkbox"/> tvångstankar- och handlingar	<input type="checkbox"/> annat	

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft dem

Sociala förhållanden, familj, övrigt kontaktnät

V g vänd →

...forts

Finns journaler på aktuella besvär?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Om Ja, får vi beställa dessa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Jag har sökt för detta tidigare	Var:
	När:
<input type="checkbox"/> Behandling pågår	Var:
<input type="checkbox"/> Aktuella läkemedel	

Åberopar du vårdgarantin?

Ja    Nej   Läs mer [www.1177.se](http://www.1177.se)

Behöver du tolk?

Ja    Nej   Om Ja ange språk/typ nedan

*Plats för stämpel, ifylls av Psykiatrienheten*

**Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till:**

Capio Lundby Specialistsjukhus  
Psykiatrienheten  
Box 8753, 402 76 Göteborg

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum