

Läkemedelsassisterad Rehabilitering vid Opiatberoende (LARO)

Klientens namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	Datum

Social remiss	Egenanmälan	Annat
----------------------	--------------------	--------------

Socialsekreterarens namn	Telefonnummer	Fax
E-postadress	Datum	

Missbrukshistoria (droger, missbruksvård/ behandling, LVM mm)
Aktuell situation (familj, arbete/försörjning, boende, aktuellt missbruk mm)
Kriminalitet
Planering (boende, behandlingshem, sysselsättning mm)