

Egenanmälan BUP

För att vi ska kunna genomföra en utförlig bedömning av ert ärende ber vi er fylla i nedanstående uppgifter. Läs igenom hela remissen innan ni fyller i frågorna. Var så beskrivande som möjligt era svar.

När vi erhållit remissen kommer den att bedömas och därefter kommer ni kontaktas per brev eller telefonledes för besked om fortsatt planering. Bedöms ni inte vara i behov av specialistpsykiatrisk vård kommer remissen avslås och ni hänvisas till annan lämplig aktör.

Har ni pågående kontakter på barn- och ungdomshälsan eller barn- och ungdomspsykiatri, vänd er då direkt dit.

OBS! Här kan ni inte få hjälp med akuta ärenden. Om ni behöver få svar direkt ska ni istället ringa mottagningen på telefon 0141-44 00 50 eller 1177 för sjukvårdsrådgivning.

Kontrollera att er kontaktinformation är korrekt!

Patienten:

Förnamn.....

Efternamn.....

Personnummer/reservnummer.....

Folkbokföringsadress.....

Telefon/Mobilnummer.....

Information om vårdnadshavare/förälder/anhörig:

Vårdnadshavare 1

Personnummer.....

Namn.....

Adress

Telefonnummer.....

Vårdnadshavare 2

Personnummer.....

Namn.....

Adress

Telefonnummer.....

Egenanmälan BUP

Uppgiftslämnare av egenremiss:

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Patienten

Annan

Godkännande om **SMS-påminnelse** till vårdnadshavare om bokade möten (vänligen ange mobilnummer)

Vårdnad

Gemensam

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Annan

Samtycke

Ger du ditt samtycke att läsa barnets/ungdomens tidigare journal för att kunna utföra en bra bedömning. Ja/Nej

Ger du ditt samtycke till kontakt/insamlande av information från skola? Ja/Nej

Ger du ditt samtycke till kontakt/insamlande av information från socialtjänsten Ja/Nej

Ger du ditt samtycke till kontakt/insamlande av information från andra aktörer? Ja/Nej

Om ja, ange vilka.

Familj och boende

Hos vem bor barnet/ungdomen?

Tillsammans med båda vårdnadshavarna

Växelvis hos vårdnadshavarna

Hos en av vårdnadshavarna

Familjehem

Eget boende/annat

Hur ser familjen ut/Vilka ingår i familjen.....

.....

Skola/förskola

Vilken förskola/skola går barnet i samt årskurs?.....

.....

Annan viktig kontaktperson för information (Familjehemsförälder/lärare/skolhälsan).....

.....

Sociala förhållanden

Har ni haft kontakt med socialtjänsten? Ja/Nej

Beskriv kortfattat anledning, när i tid, och ev insatser

.....

.....

Egenanmälan BUP

Är båda vårdnadshavarna medvetna och överens om att en egenremiss skrivs till Capio Barn och ungdomspsykiatri: Ja/Nej

Problembeskrivning

Vilket/vilka problem söker barnet/ungdomen hjälp för.....

.....
.....

Psykiatriska symtom som barnet/ungdomen har och hur länge symtomen uppvisats.....

.....

Beskriv kortfattat barnets/ungdomens besvär, hur ofta de uppkommer och hur länge besvären sitter i.....

.....

.....

Finns det en fastställd diagnos (exempelvis suicidtankar, självskadebeteende, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, beroende).....

.....

Har barnet/ungdomen genomgått någon behandling för sina besvär. Ja/Nej

Om ja, i så fall vilken eller vilka?.....

.....

Pågående/tidigarevårdkontakter.....

.....

Tar barnet/ungdomen några läkemedel. Ja/Nej

Om ja, i så fall vilka?.....

.....

Är barnet/ungdomen överkänslig mot något. Ja/Nej

Om ja, i så fall mot vad?.....

.....

Eventuell somatisk sjukdom hos barnet/ungdomen samt undersökningar och behandlingar som pågår eller är gjorda.....

.....

.....

Barnets/ungdomens funktionsnivå (avseende t.ex. sömn, mat, social funktion, skolgång).....

.....

Egenanmälan BUP

Vilka anpassningar och stödinsatser barnet har fått, i t.ex. skola eller av socialtjänst samt resultat av åtgärder.....

.....

.....

Är det något annat vi behöver känna till?.....

.....

.....

Tack för din egenremiss!

Skicka remissen till följande adress:

Capio BUP Motala

Sjögatan 5, 591 30 Motala