

Egenanmälan / Neuropsykiatrisk utredning (Barn/Vuxen)

Fyll i dokumentet direkt. Markera relevanta alternativ och skriv i de markerade fälten där det står "_____".

1. Grunduppgifter

Typ av utredning: Barn Vuxen

För- och efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Godkänner du påminnelser via SMS? Ja Nej

Vilken mottagning vill du/ni söka till? Köpenhamn

2. Vårdnadshavare / Anhörig

För barn: Ange kontaktuppgifter till vårdnadshavare.

För vuxna: Ange kontaktuppgifter till den person som du önskar ska delta vid en anhörigintervju tillsammans med psykologen. I första hand bör det vara en person som var vuxen när du var barn, till exempel en förälder, vårdnadshavare eller annan viktig vuxen som följt din utveckling.

Vårdnadshavare / anhörig 1

För- och efternamn: _____

Relation (t.ex. förälder): _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Ensam eller delad vårdnad (vid barn): Ensam Delad

Vårdnadshavare / anhörig 2

För- och efternamn: _____

Relation (t.ex. förälder): _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

3. Tidigare vårdkontakter

Beskriv eventuella tidigare vårdkontakter (t.ex. BUP, vuxenpsykiatri, primärvård, skolhälsovård eller BVC). Ange även om du/ni står i kö för utredning på annan mottagning. Bifoga gärna journalkopior, utlåtanden eller pedagogiska bedömningar från tidigare kontakter.

4. Bakgrundsinformation

Alkohol- och drogbruk: (Beskriv omfattning och eventuella substanser eller läkemedel som används) _____

Eventuell övrig medicinering (vilka och dos): _____

5. Övrig information

Behöver du/ni tolk? Ja Nej — Ange språk: _____

Önskas sammanhållen utredning på grund av lång resväg? Ja Nej

Övrigt att tillägga: _____

6. Samtycke och underskrift

Jag/vi godkänner att Bonliva Care ApS får ta del av relevanta journalhandlingar från andra vårdgivare. Ja Nej

Jag/vi godkänner att Bonliva Care ApS vid behov skickar relevanta journalhandlingar till annan vårdgivare för fortsatt vård. Ja Nej

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Skicka blanketten till

Bonliva Care ApS

Att: Administrativ avdelning

Sankt Eriksgatan 117

113 43 Stockholm