

Egenremiss Vuxen

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefon	E-post	

Vi utreder neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD (bl.a. koncentrationssvårigheter och impulsivitet), autism (bl.a. socialt samspel) och intellektuella funktionsnedsättningar (bl.a. utveckling och inläring).

Vilka svårigheter upplever du i din vardag?

Har du eller har du tidigare haft kontakter inom psykiatri?

Ja Nej

Om ja, vilken klinik/mottagning?

Beskriv ditt nuvarande psykiska mående:

Hur länge har besvären funnits?	
Har du någon nuvarande vårdkontakt? Om ja, vilken/vilka?	
Har du någon aktuell sjukdom/diagnos? Om ja, vilken/vilka?	
Har du någon aktuell medicinering? Om ja, vilken/vilka, hur länge?	
Har du haft eller har du haft ett pågående missbruk? Om ja, vilken/vilka substanser och när?	
Har du genomgått någon utredning tidigare? Om ja, när? Utförd av vem (psykiatri, vårdcentral, Arbetsförmedling etc)?	
Behöver du tolk? Om ja, vilket språk?	
För att kunna genomföra en så korrekt bedömning som möjligt behöver vi ert samtycke till att vi får ta del av dina samtliga journaler i Take Care (Stockholms läns landstings journalsystem). Är du bosatt i ett annat län löser vi detta senare.	
<input type="checkbox"/> Ja, jag samtycker <input type="checkbox"/> Nej, jag samtycker inte	
Underskrift	Ort och datum

Remiss och journalkopior skickas till:

CEREB AB

Box 10250

100 55 Stockholm

Material från tidigare vårdkontakter som, om möjligt, ska bifogas remissen

Skola/Studenthälsa	Bifogas	
Pedagogisk kartläggning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från skolpsykolog	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Journaler från Studenthälsa	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tidigare vårdkontakter		
Journaler från psykiatri	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Journaler från kontakter med Psykolog eller liknande	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Logopedjournal/utredning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från arbetsterapeut	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från sjukgymnast	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>