

	Denna remiss skickas brevledes till Barn - ungdom/PSYK Remissbedömningsgrupp/Akademiska sjukhuset 751 85 UPPSALA
--	--

Remissen är skriven av

Namn		Underskrift
Profession/yrke		
Adress/instans		
Telefon arbete		
Datum	/	20

Gällande

Namn	
Personnummer	
Adress/postnummer	
Telefon hem	
Mobil	
Skola/klass	

Föräldrar/vårdnadshavare

	Mamma		Pappa	
Namn				
Adress				
Postnummer				
Telefon hem				
Mobil				
Telefon arbete				
Vårdnadshavare	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Informerad om remissen?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Annan närstående (ex familjehem, kontaktfamilj, kontaktperson)

Namn	
Adress/postnummer	
Telefon	

Lärare/mentor

Namn	
Telefon arbete	

Remissens frågeställning

--

Önskemål om insatser/åtgärder från BUP

--

Aktuell problematik

Skolproblematik	
Social problematik	
Psykiatrisk problematik	
Annat	

Vidtagna utredningar/åtgärder (vilka insatser har hittills genomförts av ex socialtjänst, skol/elevhälsovård, annan sjukvård?)

Utredning inom socialtjänsten	JA <input type="checkbox"/>	År	NEJ <input type="checkbox"/>
WISC	JA <input type="checkbox"/>	År	NEJ <input type="checkbox"/>
Utredning specialpedagog	JA <input type="checkbox"/>	År	NEJ <input type="checkbox"/>
VITS-ansökan	JA <input type="checkbox"/>	År	NEJ <input type="checkbox"/>
Annat			

Vidtagna utredningar/åtgärder har visat (bifoga utredningsresultat/utlåtanden)

--

Behov av tolk

JA
Språk