

Egen vårdbegäran LARO-mottagningen

När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning.

Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, LARO-mottagningen, 751 85 Uppsala. Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)					
Efternamn		Förnamn			
Gatuadress		Postnummer och postadress			
Telefon bostad	Telefon mobil	Vårdcentral			
1. Hur gammal var du när du började missbruka?					
2. Har du haft några missbruksfria perioder?				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
3. Har du genomgått någon behandling mot missbruket?				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
4. Finns ditt missbruk dokumenterat?				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
5. Om du svarar ja- var finns ditt missbruk dokumenterat?					
6. Hur ser missbruket ut idag?					
7. Vilken typ av droger använder du idag?					
8. Hur ofta använder du droger?					
9. Hur mycket droger använder du?					
10. Hur bor du?					
11. Hur försörjer du dig?					
12. Har du någon sysselsättning?					
13. Har du någon partner?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Med missbruk <input type="checkbox"/>	Utan missbruk <input type="checkbox"/>	
14. Har du barn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja- hur många barn?		
15. Har du någon kontakt med socialtjänsten?				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
16. Har du någon kontakt med kriminalvården?				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev behov av tolk		<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk			
<input type="checkbox"/> Språktolk. Språk: _____ <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk					
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om du svarar ja- fyll i dennes kontaktuppgifter:				Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Namn: _____					
Telefon hem/mobil: _____					
Underskrift		Namn:			
Ort och datum:					