

## Remiss NPF, Barn- och ungdomspsykiatri / Habilitering

Vi vill att du om möjligt fyller i remissen på din dator. Skriv sedan ut, skriv under och skicka till adressen som finns längst ner i dokumentet.

Aktuell frågeställning:

ADHD

Neuropsykiatri ospecificerat

Autism

Differentialdiagnostiska överväganden:

Remissdatum:

Barnets namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer och ort:

Tfn:

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namn:

Adress:

Tfn:

E-post:

Namn:

Adress:

Tfn:

E-post:

Remitterande verksamhet

Utfärdad av:

Skola:

Kontaktperson, namn:

Kontaktperson, telefon:

Beskriv detaljerat vilka svårigheter i skolan, som föranleder remissen (anamnes och symtom).

Vårdnadshavares beskrivning av eventuella svårigheter i hemmet.

Når eleven målen enligt läroplanen? ja nej

Finns läs- och skrivsvårigheter? ja nej

Om ja, är eleven utredd eller planeras utredning?

Vilka extra anpassningar har gjorts i skolan?

Vilket resultat?

Finns utredning om särskilt stöd? ja nej

Om ja, ange typ av utredning

**Symtom** **Beskriv hur funktionen påverkas**

|   |  |
|---|--|
| Nedsatt koncentrationsförmåga/uppmärksamhet |  |
| Impulsivitet                                |  |
| Hyperaktivitet                              |  |
| Tics  |  |
| Bristande förmåga till social interaktion   |  |
| Kontakt med jämnåriga                       |  |
| Bristande ögonkontakt                       |  |
| Kommunikation, kroppsspråk                  |  |
| Beteendeavvikelser                          |  |
| Nedstämdhet                                 |  |
| Ångest                                      |  |
| Övrigt                                      |  |

**Nuvarande kontakter:**

- Barnspecialistmottagning       HAB  
 BUP       Socialtjänst

**För att remissen ska vara komplett ska följande bifogas:**

- Pedagogisk utredning       Skolläkarutlåtande       Eventuellt tidigare utredningar  
 Åtgärdsprogram       Psykologisk bedömning       Sammanfattning av ev tidigare utredningar

Behövs tolk?    ja    nej      Vilket språk?

**Om barnet är placerat enl SoL eller LVU**

Familjehem:   
HVB - hem:   
SiS-institution:

**Kontaktperson namn och telefonnummer**

**Handläggare vid socialtjänsten**

Har elev/vårdnadshavare samtyckt till att journalkopior får rekvireras? ja      nej

Remiss har skrivits i samråd med vårdnadshavare ja      nej

---

**Underskrift av remittent, namnförtydligande**

**Adress för remissvar**

**Remissen skickas till:**

Remissbedömningsgruppen  
Barn- och ungdomspsykiatri  
Kungsgatan 38  
751 85 Uppsala

eller

Remissbedömningsgruppen  
Habiliteringen  
Box 26074  
751 85 Uppsala