

Egenremiss Vuxen

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer Jag godkänner sms-kontakt (ringa in) JA NEJ	Vilket län bor du i?	

Cereb **utred**er neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD (bl a koncentrationssvårigheter och impulsivitet), autism (bl a socialt samspel) och tics/Tourettes syndrom.

Cereb erbjuder **psykologisk behandling**, i gruppform samt över internet, för vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Söker du neuropsykiatrisk utredning eller psykologisk behandling?

Vilka svårigheter upplever du i din vardag?

Har du eller har du tidigare haft kontakter inom psykiatri?

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, eller har du haft, ett riskbruk av alkohol och/eller läkemedel? Har du, eller har du haft, missbruk av narkotika? Om "ja" på någon av frågorna, 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?	
<p>För att kunna genomföra en så korrekt bedömning som möjligt behöver vi ert samtycke till att vi får ta del av den samlade journalföringen i Take Care (Stockholms läns landstings journalsystem).</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag samtycker till att Cereb tar del min samlade journal i Take Care</p> <p>Är du bosatt i ett annat län, och har haft kontakt med psykiatrisk mottagning, behöver vi kopior av din journal. Du kan begära ut journalkopior hos din vårdgivare eller via 1177.se.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har haft psykiatrisk kontakt i annat län och bifogar journalkopior</p>	
Underskrift	Ort och datum

Vi vill att du ska känna dig trygg i hur vi hanterar dina personuppgifter. Genom att du skickar in din egenremiss kommer Cereb att inleda journalhanteringen. Behandlingen sker i enlighet med Patientdatalagen (2008:355). Vill du läsa mer om hur vi hanterar dina personuppgifter, se www.cereb.se

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 kontakt med psykolog/psykoterapeut	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från logoped	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från arbetsterapeut	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från fysioterapeut/sjukgymnast	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Egenremissen skickas till:

Cereb AB
Box 102 50
100 55 Stockholm