

# Remiss - vuxen

## Patientens personuppgifter

För- och efternamn:	Personnummer:	
Gatuadress:	Postnummer:	Ort:
Telefonnummer:	<b>Kontaktperson</b> , namn och telefonnummer:	

## Neuropsykiatrisk utredning

Beskriv de svårigheter patienten har i sin vardag och vad ni vet om patientens historia:

**Har patienten tidigare haft kontakt med psykiatri?**

Om ja, vilken klinik/mottagning?

**Beskriv patientens nuvarande psykiska mående:**

**Hur länge har besvären funnits?**

**Finns någon nuvarande vårdkontakt?**

Om ja, vilken/vilka?

**Har patienten någon aktuell sjukdom/diagnos?**

Om ja, vilken/vilka?

**Har patienten någon aktuell medicinering?**

Om ja, vilken/vilka, hur länge?

**Har patienten haft ett riskbruk av alkohol och/eller läkemedel? Har patienten missbrukat narkotika?**

Om "ja" på någon av frågorna, vilken/vilka substanser och när?

**Har patienten genomgått någon utredning tidigare?**

Om ja, när? Utförd av vem (skola, psykiatri, vårdcentral, arbetsförmedling, socialtjänst etc)?

**Behöver patienten tolk?**

Om ja, vilket språk?

För att kunna genomföra en så korrekt bedömning som möjligt behöver vi patientens samtycke till att vi får ta del av den samlade journalföringen i Take Care (Region Stockholms journalsystem).

- Ja, jag samtycker till att Cereb tar del min samlade journal i Take Care

Är patienten folkbokförd i ett annat län, och har haft kontakt med medicinsk/psykiatrisk mottagning, behöver vi kopior av journalen. Patienten kan begära ut journalkopior hos sin vårdgivare eller via 1177.se. Cereb kan även rekvirera journalen.

- Jag har haft medicinsk/psykiatrisk kontakt i annat län och godkänner att journal rekvireras

**Patientens 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 Patient- datalagen (2008:355). Vill du läsa mer om hur vi hanterar dina personuppgifter, se [www.cereb.se](http://www.cereb.se)

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

<b>Skola/studenthälsa/socialtjänst</b>	<b>Bifogas</b>	
Pedagogisk utredning/kartläggning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/utlåtande från skolpsykolog	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Journaler från skolhälsovård	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Journaler från studenthälsa	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Utredning/kartläggning från socialtjänsten	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Tidigare vårdkontakter</b>		
Journaler från psykiatri	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"/>