

# Egenremiss Behandling barn

## Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Jag godkänner sms-kontakt Ja                      Nej	Telefonnummer	
Förälder/vårdnadshavare namn 1:	Förälder/vårdnadshavare adress, telefon: 1:	
Föräldre/vårdnadshavare namn: 2:	Förälder/vårdnadshavare adress, telefon: 2:	

Cereb erbjuder behandling (psykologisk och medicinsk) av ADHD/ADD

*(Om du önskar neuropsykiatrisk utredning ska du fylla i separat egenremiss.)*

**Mitt/vårt barn har gjort en neuropsykiatrisk utredning på Cereb ( )**

**Mitt/vårt barn har gjort en neuropsykiatrisk utredning hos annan vårdgivare ( )**

**Var?**.....

**När?**.....

**Diagnos/er?**.....

OBS Bifoga journalkopior från din utredning och eventuell behandling!

**Beskriv barnets nuvarande psykiska mående:**

<b>Har barnet någon aktuell kroppslig sjukdom/diagnos?</b> Om ja, vilken/vilka?
<b>Finns det någon aktuell medicinering?</b> Om ja, vilken/vilka, hur länge?
<b>Finns det missbruk av någon substans?</b> Om "ja" på någon av frågorna, vilken/vilka substanser och när?
<b>Behövs tolk?</b> Om ja, vilket språk?
<b>Övrig information som kan vara av värde:</b>
Underskrift <span style="float: right;">Ort och datum</span>

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).

Egenremissen skickas till:

Cereb AB  
Box 102 50  
100 55 Stockholm