

# Egenremiss Behandling barn

## Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Jag/vi godkänner att cereb tar del av journal från BUP Ja Nej	
Jag godkänner sms-kontakt Ja Nej		
1. Förälder/vårdnadshavare namn och personnummer	2. Förälder vårdnadshavare namn och personnummer:	
1. Förälder/vårdnadshavare adress, telefon:	2. Förälder/vårdnadshavare adress, telefon:	
1. Förälder/vårdnadshavare mailadress	2. Förälder/vårdnadshavare mailadress	

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 samt varför ni önskar behandling:**

<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, tex tidigare behandlingsförsök, pågående behandling på annat håll.</b>	
Underskrift Vårdnadshavare 1	Ort och datum
Underskrift Vårdnadshavare 2	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).

Egenremissen skickas till:  
Cereb AB  
Södergatan 11 D, våning 4  
25218 Helsingborg

Cereb AB  
Södergatan 11 D  
25218 Helsingborg