

Egenremiss Utredning barn

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer Jag/vi godkänner sms-kontakt Ja Nej	Vi godkänner att Cereb läser journal från BUP Ja Nej	
1.Förälder/vårdnadshavare namn och personnummer	2.Förälder/vårdnadshavare namn och personnummer.	
1. Förälder/vårdnadshavare adress och telefon	2. Förälder/vårdnadshavare adress och telefon.	
1. E-post	2. E-post	

Vi önskar utredning: **Autism** **ADHD** **Annat**

Cereb erbjuder utredning inom det neuropsykiatriska området

Beskriv varför du/ni vill ha utredning för barnet: Inom vilka områden finns det svårigheter i vardagslivet: tex koncentration, uppmärksamhet, impulsivitet, plötsliga utbrott, svårigheter i socialt samspel och kamratrelationer, inlärningssvårigheter, språkliga svårigheter, **samt hur svårigheterna påverkar i vardagen/skolan/fritiden**

Beskriv barnets nuvarande psykiska mående:

Finns det någon aktuell kroppslig sjukdom/diagnos?
Om ja, vilken/vilka?

Finns det någon aktuell medicinering?
Om ja, vilken/vilka, hur länge?

Finns det något missbruk?
Om "ja" på någon av frågorna, vilken/vilka substanser och när.

Behövs tolk?
Om ja, vilket språk?

Övrig information som kan vara av värde:
Familjesituation, syskon, ärftlighet m.m. Kontakt med BUP? Tidigare utredning?

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.

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

Cereb AB Södergatan 11D
252 18 Helsingborg