

Egenremiss Behandling barn

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer Jag godkänner sms-kontakt Ja Nej	Jag/vi godkänner att cereb tar del av journal från BUP 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:

Har barnet någon aktuell kroppslig sjukdom/diagnos? Om ja, vilken/vilka?	
Finns det någon aktuell medicinering? Om ja, vilken/vilka, hur länge?	
Finns det missbruk av någon substans? Om "ja" på någon av frågorna, vilken/vilka substanser och när?	
Behövs tolk? Om ja, vilket språk?	
Övrig information som kan vara av värde, tex tidigare behandlingsförsök, pågående behandling på annat håll.	
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 15
252 18 Helsingborg

Cereb AB
Södergatan 15
252 18 Helsingborg