

# 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](http://www.cereb.se).

Egenremissen skickas till:  
Cereb AB  
Södergatan 15  
252 18 Helsingborg

Cereb AB Södergatan 15  
252 18 Helsingborg