

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:

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:	
Underskrift	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
Sankt Göransgatan 126
112 45 Stockholm