

Remissdatum:

Barnets namn:

Barnets personnummer/LMA-nr:

Adress:

Postnummer och postort:

Barnets mobilnummer:

Remittent och titel:

Remitterande enhet/skola/förvaltning (adress för remissvar):

Telefon:

## Vårdnadshavare 1

Namn:

Adress:

Postnummer och postort:

Mobilnummer:

Mejladress:

Finns samtycke till remiss? Nej Ja

Behov av tolk? Nej Ja Språk:

## Vårdnadshavare 2

Namn:

Adress:

Postnummer och postort:

Mobilnummer:

Mejladress:

Finns samtycke till remiss? Nej Ja

Behov av tolk? Nej Ja Språk:

## Då barnet är omhändertaget, vänligen fyll i nedan:

Barnet är placerat enligt: LVU SoL

Om placering enligt LVU och ni bedömer att e-tjänster bör blockeras för vårdnadshavare, återkommer vi per telefon efter inkommen remiss. Önskar ni att vi ringer gällande blockering? Nej Ja

Familjehem:

Adress:

Telefon:

HVB-hem:

Kontaktperson:

Telefon:

Handläggare Socialtjänsten:

Telefon:

## NPÖ-Nationell patientöversikt

Har barnet varit patient på BUP-mottagning i annan region? Vi har sammanhållen journalföring och gör vissa uppgifter i patientjournalen tillgänglig för andra vårdgivare. Med vårdnadshavares samtycke samt samtycke från ungdom kan vårdpersonal ta del av journaluppgifter som behövs för din vård. Läs mer på [www.1177.se](http://www.1177.se).

### BUP-mottagning:

Samtycke för NPÖ från vårdnadshavare: Ja Nej Ej tillfrågad

Samtycke för NPÖ från patienten: Ja Nej Ej aktuellt

**Frågeställning och kort sammanfattning av barnets problem**  
*(aktuell familjesituation och eventuella diagnoser och mediciner)*

Beskriv om möjligt barnets funktionsnivå inom:

**Skola** (närvaro och prestation)

**Hem** (konflikter och sömn)

**Fritid** (aktiviteter)

**Socialt** (vänner och ömsesidiga relationer)

Bifoga gärna utredningar samt vidtagna åtgärder.

Skriv ut det ifyllda dokumentet och skicka till:

**En väg in - kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa Halland**  
**Bäckgatan 15**  
**432 44 Varberg**