



Barn- och ungdomspsykiatri Norrtälje
0176 32 73 80

Remiss till Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Norrtälje

Remiss ska skrivas i samråd med vårdnadshavare

| |
|---------------------|
| Remissdatum: |
| Barnets namn: |
| Personnummer: |
| Adress: |
| Postnummer och ort: |
| Tfn: |

Vårdnadshavares namn och adress

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Förälder 1: | Förälder 2: |
| Adress: | Adress: |
| Tfn: | Tfn: |
| Vårdnadshavare: ja / nej | Vårdnadshavare: ja / nej |

Remiss

| |
|--------------------------|
| Remitterande verksamhet: |
| Remissen utfärdad av: |
| Telefonnummer: |

Asylsökande?

| |
|---------------------------|
| LMA-nummer: |
| Ankomstdatum Sverige: |
| God Man kontaktuppgifter: |
| Boende kontaktuppgifter: |



Barn- och ungdomspsykiatri Norrtälje
0176 32 73 80

Tolk?

Behov av tolk? ja / nej Språk:

Om barnet är placerat: SoL / LVU

| | |
|---|---|
| Familjehem: HVB-hem: SIS-institution: Kontaktperson: Telefon: | Handläggare socialtjänsten: Skall biologiska föräldrar kallas till BUP-kontakten: ja / nej |
|---|---|

Behov

Vilka psykiatriska symptom – suicidtankar, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter etc - uppvisar barnet?

Vid självmordstankar skickas ingen remiss, utan kontakt tas direkt med BUP, 0176-327380.

Beskriv funktionsnivå – sömn, mat, social funktion, skolgång etc:



Barn- och ungdomspsykiatri Norrtälje
0176 32 73 80

| |
|-----------------------------------|
| |
| Pågående insatser/åtgärdsprogram: |
| Resultat av åtgärderna: |
| Ev. fastställd Diagnos: |

Riskbedömning hot/våld

Bedömer du som remittent att det finns risk för hot och/eller våld i kontakt med vårdgivare?

Ja / nej / vet ej

Om svaret är ja, var god beskriv riskbeteendet närmare:

Skola

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| Förskola/skola: | Rektor: Telefon: Mentor: |
|-----------------|--------------------------------|



Barn- och ungdomspsykiatri Norrtälje
0176 32 73 80

| | |
|--|----------|
| | Telefon: |
|--|----------|

Familjeförhållanden

| |
|--|
| |
|--|

Bakgrund/historia eller annan sjukdomstillstånd relevanta för barnets historia – ev kroppsliga sjukdomar, ev medicinering, alkohol, droger, trauma etc

| |
|---------------------------|
| Kompletterande uppgifter: |
|---------------------------|

Har patient/vårdnadshavare samtyckt till att journalkopior får rekvireras? JA / NEJ

Har remiss skrivits i samråd med vårdnadshavare? JA / NEJ

Skickas till:

BUP Norrtälje
Box 905
76129 Norrtälje

Alternativt

Direkt via TC