

**Patientuppgifter**

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer
Skola, årskurs/ program	Kön Pojke/ man      Flicka/ kvinna
Behov av tolk (kryssa) <input type="checkbox"/>	Språk

**Moderns uppgifter**

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer

**Faderns uppgifter**

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer

**Uppgiftslämnare**

Moder      Fader      Patienten      Annan      \_\_\_\_\_

**Vårdnadshavare**

Moder      Fader      Gemensam      Annan      \_\_\_\_\_

Båda föräldrar/ vårdnadshavare är informerade om BUP- kontakt

**Boende**

Hos modern      Hos fadern      Båda föräldrar  
 Växelvis      Familjehem      Eget boende  
 Annat      \_\_\_\_\_

**Vilket eller vilka symptom söker ni hjälp för:**

Har du sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?
Var? <span style="margin-left: 200px;">När?</span>
Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej

Har barnet/ungdomen uttryckt tankar om att inte vilja leva?
Beskriv kort hur barnet/ungdomen sover:
Beskriv kort hur barnet/ungdomen äter:
Hur är det med kamratrelationer?
Hur ser närvaron ut i skolan?
Har skolan gjort någon form av utredning/ åtgärd?

Din remiss granskas av vårt team som bedömer om vi kan hjälpa dig. Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

**Undertecknad egenremiss skickas via brev till:**

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen  
Neptungatan 6  
621 84 Visby

Datum ..... Underskrift .....