**Remissmall till Maria Ungdom för utredning och/eller behandling av substansberoende eller spel om pengar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patientens namn | | | | Personnummer | | |
| Adress | | | | Postadress | | |
| Telefonnummer | | | | Datum | | |
| Vårdnadshavare 1 namn | | | | Vårdnadshavare 1 personnummer | | |
| Vårdnadshavare 1 ev annan adress | | | | Vårdnadshavare 1 telefonnummer | | |
| Vårdnadshavare 2 namn | | | | Vårdnadshavare 2 personnummer | | |
| Vårdnadshavare 2 ev annan adress | | | | Vårdnadshavare 2 telefonnummer | | |
|  | | | |  | | |
|  |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |
| Beroendeanamnes (typ av substans eller spel om pengar, omfattning, tidigare behandling, HVB, SIS mm) | | | | | | |
| Aktuell situation (psykiatriskt mående mm) | | | | | | |
| Tidigare och pågående vård samt ev. planering (BUP, psykiatri, primärvård mm) | | | | | | |
| Den vuxna patientens minderåriga barn  **Födelseår**  **Kön**  **Vårdnadshavare**  **Umgänge** | | | | | | |
| Kriminalitet/hotbild mot patient | | | | | | |
| Planering (boende, behandlingshem, sysselsättning mm) | | | | | | |
| Önskad mottagning (geografiskt område inom Region Stockholm) | | | | | | |

**Kontaktuppgifter remittent**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn och yrkesroll | Telefonnummer | Fax |
| Enhet/verksamhet | Adress (Box, postnummer) | |
| E-postadress |  | Datum |

**Journaldokumentation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Finns journaler att rekvirera:**  från sjukvård i annan region, socialtjänst, kriminalvård, HVB-hem eller SIS-hem? | Ja  Nej |

**Journaluppgifter finns att tillgå i journaler från:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sjukhus/socialtjänst/behandlingshem** | **Avdelning** | **Tidsperiod** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Journalrekvisition**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |

Jag ger härmed Maria Ungdom rätten att inhämta nödvändiga journaler från Er. Detta som en del i den pågående substansbruksutredning jag/mitt minderåriga barn medverkar i.

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namnteckning | Datum |
| Namnteckning vårdnadshavare 1 | Namnförtydligande vårdnadshavare 1 |
| Namnteckning vårdnadshavare 2 | Namnförtydligande vårdnadshavare 2 |

Journalkopior ska skickas till:

**Post**

**Att: Maria Ungdoms remissportal**

**Maria Ungdom**

**Friskvårdsvägen 4**

**112 19 Stockholm**

**Fax**

**08 - 123 497 10**