**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**