

Egenremiss underhållsbehandling integrerad missbruks- och beroendemottagningen

Datum: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Har du egen bostad? JA Nej

Har du sysselsättning? JA NEJ

Har du haft kontakt med integrerad missbruks- och beroendemottagningen

tidigare? JA, När? _____ NEJ

Finns det tillgång till information om dokumenterad opiatberoende de senaste 12

månaderna? JA NEJ VET EJ

Finns det tillgång till verifierad opiatprover de senaste 12 månaderna?

 JA NEJ VET EJ

Har du övriga kontakter inom vården? JA NEJ

Om ja, vilka? _____

Har du som söker minderåriga barn? JA NEJ

Om ja, hur gamla är barnen? _____

Sökandes underskrift: _____

Egenremissen skickas till:

Integrerad missbruks- och beroendemottagningen
Box 1223
351 12 Växjö