REGION KRONOBERG

Egenremiss, integrerad missbruks- och beroendemottagningen

Skickas till:
Integrerad missbruks- och beroendemottagningen
Box 1223
351 12 Växjö

Datum: _____

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Tidigare kontakt med Integrerad missbruks- och beroendemottagningen?

☐ JA/när _____ ☐ Nej

Beskriv kortfattat om dina besvär:

Kontakt med socialförvaltningen:

Minderåriga barn: ☐ Ja, ålder: _____ ☐ Nej