

Egenremiss LARO

Namn	Personnummer
Telefonnummer	Telefonnummer till närstående
Folkbokföringsadress	Kontaktadress där du tar emot post
Behov av tolk? Ja <input type="checkbox"/>	
Språk:	

Hur bor du?	Har du barn eller lever du tillsammans med barn? Barnens födelseår?
Arbete/sysselsättning	
Om du har kontakt med socialtjänst, vilken kommun?	Namn på socialsekreterare och telefonnummer
Väntar du på rättegång eller fängelsepåföljd?	Har du kontakt med frivården?
Vilka droger använder du?	Hur länge har du använt dessa droger?

Alkoholvanor?		
Har du tidigare utretts för eller ingått i något LARO-program?	Var?	När?
Har du haft andra insatser/behandlingar för ditt missbruk, t ex abstinensbehandling, LVM-vård eller samtalsbehandling?	Var?	När?
Har du någon vårdkontakt angående ditt psykiska mående? Hur tycker du ditt psykiska mående är just nu?		
Har du några kroppsliga sjukdomar? Har du kontakt med vården för detta?		
Har du några mediciner förskrivet av läkare? Om ja, vilka i så fall?		
Hur vill du leva ditt liv med LARO-behandling och vad tror du själv att du mer behöver hjälp med förutom LARO?		

Din remiss för LARO bedöms av läkare och sjuksköterska på Integrerad missbruks och beroende mottagning. Om bedömningen är att du kan vara aktuell för LARO kallas du till ett bedömningsamtal och därefter startas en utredning där din ansökan bedöms utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om LARO, HSLF-FS 2016:1.

Alla utredningar leder inte till behandling i LARO.

För att öka möjligheterna till en fungerande behandling ser vi gärna samverkan mellan sjukvård och socialtjänst. Om du har en socialtjänstkontakt vill vi att du bjuder in denna till första samtalet. För att få en bra samverkan kring dig och erbjuda dig en god och säker vård underlättar det om du samtycker till informationsutbyte mellan oss och andra myndigheter som kan vara viktiga i utredningen för LARO. Du samtycker till detta genom att kryssa i och fylla i nedan. Du kan som patient alltid ta tillbaka ett tidigare samtycke.

Jag ansvarar för att dokumentation från nedanstående verksamheter inkommer till Integrerad missbruks- och beroendemottagning.

Jag ger mitt samtycke till att personal på Integrerad missbruks- och beroendemottagningen i Region Kronoberg får ta kontakt med nedanstående verksamheter för relevant informationsutbyte avseende min utredning/behandling.

Socialtjänsten i _____ Telefon: _____

Kriminalvård/frivård _____ Telefon: _____

Annan verksamhet (t ex privat LARO-mottagning, vårdcentral, behandlingshem)

_____ Telefon: _____

_____ Telefon: _____

Nationella patientöversikten (NPÖ), för att möjliggöra bedömning om LARO-behandling kan inledas, utifrån eventuell annan förskrivning av läkemedel.

Ort och datum för samtycke: _____

Personnummer: _____

Namn: _____