

Remiss Samverkansteamet

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Remitterad verksamhet: _____

Aktuella kontakter, namn, befattning och telefonnummer:

Pågående insatser:

Idéer kring teamets uppdrag:

Patientens samtycke JA NEJ

Jag godkänner att alla aktuella professionella aktörer i mitt nätverk får ta kontakt och prata med varandra om saker som handlar om mig.

Patientens underskrift: _____

Ärendet behandlas först efter att både kommun och Region Kronoberg fyllt i sin del.

Remissen skickas till:

Integrerad missbruks- och beroendemottagningen
Box 1233
351 12 VÄXJÖ