



Barn- och ungdoms- habiliteringen Avesta

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum: _____

Om du vill söka vård ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom två veckor så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Barnets namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral

Vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas personuppgifter (obligatoriskt för barn under 13 år)

Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Gemensam vårdnad	Enskild vårdnad	Mor Far
		Har båda samtyckt till egen vårdbegäran? Ja Nej

Lämna en kort beskrivning av vad ni vill ha hjälp med. Finns tidigare utredningar var snäll och bifoga kopior på dessa i ansökan		
Har barnet/ungdomen någon av följande diagnoser?	Utvecklingsstörning	Rörelsehinder
	Autismspektrumtillstånd	Inget av alternativen
Kontrolleras barnet/ungdomen regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken sjukdom:		
Tar barnet/ungdomen mediciner regelbundet?	Ja	Nej
Om ja, vilka mediciner:		
Godkänner du att vi tar del av barnets/ungdomens journal från annan vårdgivare?	Ja	Nej
Om ja, ange vårdgivare:		

Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning

Språktolk. Språk:

Hjälp med förflyttning till stol/brits

Teckenspråkstolk

Dövblindtolk

Skickas till

**Barn- och ungdomshabiliteringen Avesta
Avesta lasarett
774 82 AVESTA**

Kom ihåg att skriva under!



Vårdhavarnas underskrifter

Ort och datum

Namnteckning

Ort och datum

Namnteckning