



Barn- och ungdomspsykiatri

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. Om det blir aktuellt med besök inom Barn- och ungdomspsykiatri kommer ni att erbjudas besök vid närliggande BUP-mottagning.

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

Beskriv de besvär/symtom som du söker vård för	
Ange hur länge du haft besvären?	
Beskriv hur skolgången påverkas av dina symtom (trivsel, utsatthet, ensamhet, ångest, stress, höga krav):	
Har skolan erbjudit stöd/anpassningar? Ja Nej	

Övriga tidigare och aktuella kontakter

Har du tidigare sökt vård för samma besvär?	Ja	Nej
Har du tidigare varit i kontakt med BUP?	Ja	Nej
Har du tidigare varit i kontakt med Ungdomsmottagningen?	Ja	Nej
Har du tidigare varit i kontakt med Samtalsmottagningen för barn och unga?	Ja	Nej
Har du tidigare varit i kontakt med Socialtjänsten?	Ja	Nej

Vardag och rutiner

Har du sömnsvårigheter?	Ja	Nej
Markera den/de måltider du äter regelbundet, varje dag:		
<input type="checkbox"/> Frukost <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Mellanmål		
Har aptiten förändrats? Beskriv hur:		

Tidigare/nuvarande sjukdomar

Har du någon allergi eller överkänslighet?	Ja	Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Tar du några mediciner?	Ja	Nej
Är du sjukskriven just nu?	Ja	Nej
Finns psykisk ohälsa/neuropsykiatrisk problematik i din familj/släkt?	Ja	Nej

Familj och boende

Vem bor du med ?
<input type="checkbox"/> Tillsammans med båda vårdnadshavarna <input type="checkbox"/> Hos en vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Växelsvis hos vårdnadshavarna <input type="checkbox"/> Bor på annat ställe, till exempel familjehem

Beskriv relationerna i familjen (bonusföräldrar, bonussyskon, trygghet, konflikter m.m.):

Trauma/svåra livshändelser

Är det något som hänt under uppväxten, eller genom åren, som kan vara bakomliggande faktorer till ditt mående?	Ja	Nej
Har du blivit utsatt för våld/övergrepp/mobbing (även via sociala medier)?	Ja	Nej

Fritid och umgänge

Utövar du några fritidsaktiviteter?

Ja

Nej

Tidigare men inte längre

Har utövandet av fritidsaktiviteterna påverkats av dina symtom? Beskriv hur:

Umgås du med vänner?

Ja

Nej

Tidigare men inte längre

Har relationerna med vänner påverkats av dina symtom? Beskriv hur:

Journaluppgifter

Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning för att vi ska kunna göra en korrekt bedömning?	Ja	Nej
---	----	-----

Aktuella uppgifter skola

Skolans namn:
Årskurs:
Uppge klasslärarens/mentorns namn, mejladress och telefonnummer:

Övriga uppgifter

Är det något mer du vill att vi ska veta om dig eller dina problem? Berätta gärna:				
Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning				
<table> <tr> <td>Språktolk. Språk:</td> <td>Teckenspråkstolk</td> </tr> <tr> <td>Hjälp med förflyttning till stol/brits</td> <td>Dövblindtolk</td> </tr> </table>	Språktolk. Språk:	Teckenspråkstolk	Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk
Språktolk. Språk:	Teckenspråkstolk			
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk			

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	Ja	Nej	Skickas till
Namn	Telefon hem/moblitelefon		Falu Lasarett Barn- och ungdomspsykiatri Nyanmälan och råd 791 82 FALUN

Kom ihåg att skriva under!**Vårdhavarnas underskrifter**_____
Ort och datum_____
Namnteckning_____
Ort och datum_____
Namnteckning