

Egen vårdbegäran**Barn- och ungdomspsykiatri**

Barnets personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer	

Varför söker ni till Barn- och ungdomspsykiatri? Kort sammanfattning av barnets situation, specificera vad hen behöver hjälp med. (Obligatorisk)

--

Vårdnadshavarens/Vårdnadshavarnas personuppgifter. Ange personnummer, namn, adress, e-post samt telefonnummer. (Obligatorisk)

--

Vårdnad (Obligatorisk)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om gemensam vårdnad, har båda vårdnadshavare samtyckt till vårdbegäran? (Obligatorisk)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Tidigare pågående utredning och behandling

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Har ni haft kontakt med annan mottagning?

☐ Ja

Om ja, vilken mottagning och vad var orsaken till kontakten?

☐ Nej

Aktuell medicinering

☐ Ja

Tar barnet några mediciner dagligen eller vid behov?

☐ Dagligen

☐ Vid behov

Vilken mottagning har ordinerat medicinen?

☐ Nej

Traumatiska händelser?

☐ Ja

☐ Nej

Utsätter sig barnet för skada eller fara?

☐ Ja

Om ja, specificera orsak, hur ofta och på vilket sätt.

☐ Nej

Har barnet uttryckt självmordstankar, planerat eller utfört självmordsförsök?

☐ Ja

Om ja, beskriv på vilket sätt, när och hur. Om barnet gjort självmordsförsök ange när i tid. **Vid akuta ärenden kontakta BUP:s akuttelefon på telefonnummer 010-831 83 00, tonval 5**

☐ Nej

Ärftlighet. Har föräldrar eller syskon psykiatriska funktionsnedsättningar eller diagnoser? Finns andra sjukdomar i familjen som kan ha betydelse vid eventuell kontakt med oss?

Är barnet självständig i sin vardag eller behöver hen vägledning? Beskriv vad barnet klarar av och vad barnet behöver hjälp med gällande exempelvis hygien, kläder, tandborstning, toa, passa tider.

Upplever ditt barn exempelvis ljud, ljus, lukt, smak, kroppslig beröring, värme, kyla eller smärta på ett annorlunda sätt?

Social situation. Vilka bor med barnet? Hur ser barnets nätverk ut? Förekommer konflikter i familjen?

Finns kontakt med socialtjänst eller polis?

☐ Ja

Ange vilken/vilka (Obligatorisk)

☐ Socialtjänst

☐ Polis

Om ja, beskriv kontakten

☐ Nej

Barnomsorg/skola. Vilken förskola/skola går barnet på? Ange även vilken årskurs.

Beskriv barnets närvaro i skolan.

Beskriv hur barnet klarar målen i skolan? Har barnet behov av extrastöd eller anpassningar i skolan?
Hur fungerar inläring, läsning och matte?

Hur fungerar rasterna? Beskriv relationen med jämnåriga

Beskriv hur barnet fungerar i skolan. Exempelvis följer regler, är självgående, deltar på gymnastiken, fokus, koncentration, uppmärksamhet, flerstegsinformation, relation till lärare och trivsel.

Vad gör barnet efter skolan. Regelbundna fritidsaktiviteter. Hur ofta? Hur länge? I grupp eller enskilt?
Har barnet kamrater? Hur ofta träffas de och vad gör de?

Leker barnet mest konkreta lekar eller kan barnet leka fantasilek? Finns del specialintressen?

Byter aktivitet eller fastnar i en aktivitet? Uppslukad, fixerad eller får låsningar när barnet gör något?
Svårt att avsluta?

Finns regelbundna matvanor och äter barnet skollunch?

Beskriv barnets matvanor. Provar gärna ny mat eller äter helst samma? Var vill barnet äta?
Tillsammans, på rummet eller framförtv:n? Känslig för konsistens/mättnadskänsla/blandad mat?

Beskriv hur barnets sömn fungerar. Svårt att somna, vaknar på natten, sover i egen säng, har
mardrömmar, är sängvätare eller torr på natten? (Obligatorisk)

Spelar barnet spel på dator, telefon eller tv? Hindrar spelandet barnets vanliga rutiner? Tar spelandet
överhand?

Har barnet testat eller använder hen droger och/eller alkohol?

☐ Ja

Om ja, beskriv i fritext

☐ Nej

Ange barnets vikt (kg)

Ange barnets längd (cm)

Finns tolkbehov?

☐ Ja

Om ja, vilket språk? (obligatorisk)

☐ Nej

Samtycker ni att vi vid behov inhämtar information från skolan?

☐ Ja

☐ Nej

Samtycker ni att vi tar del av journaluppgifter från andra mottagningar?

☐ Ja

☐ Nej

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 7 arbetsdagar	Skicka blanketten till: Barn- och ungdomspsykiatri Lagergrens gata 3 652 14 Karlstad Märk kuvertet med "egen vårdbegäran"
Namnunderskrift	Datum
Namnunderskrift	Datum