

Skriva din egen vårdbegäran. Egen vårdbegäran betyder inte att du med automatik har rätt att få specialistvård.

### Viktigt

- En egen vårdbegäran ska bedömas på samma sätt av regionen som om den vore en inkommen remiss. Ytterst är det den mottagande verksamheten som avgör vilken vård och på vilken vårdnivå den ska ges.
- Det kan innebära att du som vårdsökande hänvisas till primärvården eller till egenvård. Du kommer att få ett svar om fortsatt hantering inom 7 arbetsdagar.
- Vid kontakt med BUP underrättas alltid vårdnadshavare.
- Inskickad egenvårdbegäran registreras i journalen.

Jag har tagit del av den fullständiga informationen. **Ja**

**Obs!** Vid risk för suicid ta alltid direkt kontakt med rådgivningen via telefon

Härnösand, 0611-844 80

Sollefteå, 0620-19 274

Sundsvall, 060-18 14 02

Örnsköldsvik, 0660-894 40

Sjukvårdsrådgivningen 1177

**Vid akut fara ring 112.**

### *Kontaktuppgifter - Barn/Förälder/Vårdnadshavare*

#### Barnet/Ungdomen

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Mobilnummer
Adress	

#### Förälder/ Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Mobilnummer
Adress	Mail

#### Förälder/ Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Mobilnummer
Adress	Mail

**Övrigt**

Gemensam vårdnad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Samtycker båda vårdnadshavare om att kontakt med BUP tas? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ange vem som skriver egenvårdbegäran:	Namn:
Behov av tolk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Språk:

Varför söker ni hjälp just nu/kontaktsak?

**Vilka psykiatriska symtom/besvär uppvisar barnet?**

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats eller utvecklats)

Beskriv ångestsymtom och besvär:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Beskriv nedstämdhetsymtom och besvär:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Beskriv koncentrationssvårigheter:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Beskriv självskada:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Har barnet blivit utsatt för trauma, våld eller sexuellt utnyttjande?

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Finns det någon annan orsak som föranleder barnets dåliga mående? Beskriv

(Obligatorisk)

#### Vilka besvär uppvisar barnet gällande sömn och mat?

Vilken tid lägger sig barnet? (Obligatorisk)

Vilken tid vaknar barnet? (Obligatorisk)

Hur lång tid tar det för barnet att somna? (Obligatorisk)

Beskriv sömnen:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)

Exempelvis: sömnrutiner, mardrömmar, uppvaknanden, trött på dagtid och återhämtning. (Obligatorisk)

Vilka måltider äter barnet?

(Obligatoriskt)

Frukost

Lunch

Middag

Mellanmål

Beskriv om det finns det förändrande matmönster, selektivt ätande eller undvikande?

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Exempelvis: oro för barnets ätande, avvikande eller ovanligt ätande, känslighet för viss konsistens eller känslighet för viss färg på mat.

Fyll i: (Obligatoriskt)

Längd: \_\_\_\_\_ cm

Vikt: \_\_\_\_\_ kg

Har vikten förändrats över tid? Finns det misstanke om ätstörning?  
(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Ej Obligatorisk)

### Skolgång

Ange förskola/skola och årskurs: (Obligatorisk)

Hur är barnets närvaro/ frånvaro i skolan:  
(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats) (Obligatorisk)

Hur fungerar barnet i skolan?  
(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)  
Exempelvis: inlärningsproblem, läs/skrivsvårigheter, koncentrationssvårigheter, når barnet målen. (Obligatorisk)

Hur mår barnet i skolan?  
(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)  
Exempelvis: trivsel, utsatthet, mobbing. (Obligatorisk)

Hur ser relationerna ut till andra på skolan?  
(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)  
Exempelvis: finns vänner, hur fungerar samspelt, relation till vuxna. (Obligatorisk)

Finns det anpassningar och stöd?

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)

Exempelvis: är elevhälsan inkopplad, finns skolkuratorskontakt, anpassat schema, anpassad skolmiljö. (Obligatorisk)

#### **Fritid:**

Beskriv barnets fritidsaktiviteter:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)

Exempelvis: Vilken form av aktivitet, hur ofta. (Obligatorisk)

Beskriv barnets kompisrelationer/ umgänge:

(Beskriv nuläget och hur det har sett ut över tid, hur har det förändrats)

Exempelvis: finns det vänner, destruktiva relationer, vänner online eller i verkliga livet. (Obligatorisk)

Beskriv barnets skärmtid:

Exempelvis: Hur många timmar om dagen, sent på kvällen, konflikter kopplade till skärmaktivitet. (Obligatorisk)

Beskriv om barnet har normbrytande beteende:

Exempelvis: Beteenden som oror, alkohol/droger, bråk/slagsmål. (Obligatorisk)

#### **Familj**

Beskriv familjekonstellationen:

Exempelvis: Biologiska föräldrar/ syskon, separation, umgängesförhållande, varannan vecka. (Obligatorisk)

Problematik inom familjen som påverkar barnets mående:

Beskriv om det finns ärftlighet för psykisk ohälsa och vem i släkten det är:  
Exempelvis: Psykiatriska diagnoser i släkten, alkoholmissbruk, missbruk, annan psykisk ohälsa. (Obligatorisk)

**Socialtjänsten:**

Finns kontakt med socialtjänsten? Om ja, beskriv:  
Exempelvis: kontakt med familjerätten, social utredning eller behandling inom socialtjänsten. (Obligatoriskt)

Är kontakten pågående just nu?

**Övrigt:**

Finns det något sjukdomstillstånd eller kroppsligt besvär som kan påverka barnets mående:

Övrig information:

Ort och datum

Namnteckning

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_