

**Barn- och ungdomspsykiatri**  
**Västmanland**  
**BUP-mottagningen Köping**

Ankomstdatum

Om du vill söka vård på mottagningen kan du skicka in denna blankett. Vi bedömer din vårdbegäran och meddelar om du är aktuell för vård på mottagningen. Du får besked inom 7 arbetsdagar.

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobilnummer		

**Vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas personuppgifter** (Obligatoriskt för barn under 13 år)

Personnummer	Efternamn	Förnamn
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telenr hem	Telenr mobil	Telenr arbete
Personnummer	Efternamn	Förnamn
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telenr hem	Telenr mobil	Telenr arbete
<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far	Har båda samtyckt till remissen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:

Vilka insatser har provats eller är pågående för att hjälpa till med det aktuella problemet?  
 T ex elevhälsoteam, barnvårdscentral, ungdomsmottagning och socialtjänst:

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL).

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands Sjukhus Köping  
 BUP-mottagningen  
 731 81 Köping

**Besöksadress**  
 Västmanlands Sjukhus  
 Köping, Vårdcentralen,  
 Glasgatan 27

**Vid frågor, kontakta**  
 0221-263 14

**Internet**  
 www.1177.se

Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk	
Ange språk här:	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:	
Övriga upplysningar:	
<b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b>	
Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>	
<b>Underskrift</b>	
Datum	Namnunderskrift