

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

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 Västerås  
 BUP-mottagningen  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 24

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 31 24

**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: