Egenanmälan
Neuropsykiatrisk utredning – barn

BONLIVA CARE

Vilken mottagning vill ni söka till? : Stockholm ☐ Falun ☐ Norrköping ☐

Person- och kontaktuppgifter till barnet

För- och efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Kontaktuppgifter till barnets förskola/skola samt lärare/pedagog:

Adressen som anges ska vara folkbokföringsadressen. Observera att kallelser och dokument endast skickas dit.

Person- och kontaktuppgifter till den vårdnadshavare som ansvarar för ansökan

För- och efternamn:

Personnummer:

Telefonnummer:

E-post:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Ensam/delad vårdnad av barnet?: Delad ☐ Ensam ☐

Godkänner du påminnelse via SMS?: JA ☐ NEJ ☐

Vad önskar ni hjälp med?

Vi önskar utreda: ADHD/ADD ☐ AUTISM ☐ ÖVRIGT ☐ Ange vad:

Vi har möjlighet att komma med kort varsel: ☐ Om inte, ange fr o m när:

☐ Härmed godkänner vi att själva bekosta utredningen, sammanlagt 34 000 kr (3 000 kr för bedömningssamtal hos psykolog och därefter, om bedömning leder till fortsatt utredning, resterande 31 000 kr ink moms). En betalningsförbindelse kommer att skickas till er per post.

Tolk

Är du i behov av tolk? NEJ ☐ JA ☐ (Ange vilket språk):

Fortsätt till nästa sida

Tidigare vårdkontakter

Beskriv vilka eventuella tidigare vårdkontakter som finns (t.ex. BUP, skolhälsovård, BVC, vårdcentral). Står barnet i kö för utredning på annan enhet, ange även detta:

För att vi ska kunna göra en bedömning av er vårdbegäran vill vi att ni skickar in journalkopior från eventuella tidigare kontakter, tillsammans med denna blankett. Det kan exempelvis vara journaler från BUP, kopia på utlåtande från tidigare utredning och/eller pedagogisk kartläggning från skolan. Kontakta oss gärna om ni är osäkra på vad som är av relevans för utredningen

Härmed godkänns att personal som är delaktig i barnets vård på Bonliva Care får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare. Mer information om sammanhållen journalföring finns på 1177.

JA ☐ NEJ ☐

Beskriv barnets svårigheter

Beskriv barnets förmåga till koncentration:

Beskriv barnets inlärningsförmåga:

Beskriv barnets sociala förmåga:

Använder barnet alkohol eller droger? *Om ja, i vilken omfattning?*

Behandlas barnet med några läkemedel? *Om ja, vilka?*

Fortsätt till nästa sida

Övrigt ni önskar tillägga?

Behöver ni mer plats går det bra att använda och sedan bifoga separat papper.

Önskar ni samanhållen utredning på grund av lång resväg?

JA NEJ

Underskrift vårdnadshavare

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Underskrift vårdnadshavare

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Blanketten samt journalhandlingar skickar ni till:

Bonliva Care
Sankt Eriksgatan 117
113 43 Stockholm