

Remissdatum

Socialtjänsten har utifrån socialtjänstlagen rätt att ta de kontakter som behövs i samband med utredningar som gäller barns behov av stöd och skydd. För barn som visar tecken på psykisk sjukdom är socialtjänsten skyldiga att begära barnpsykiatrisk bedömning med frågeställning om det finns behov av utredning, behandling och/eller vård inom Barn- och ungdomspsykiatri.

Skyddad identitet

Om ja, ange uppgifter till inremittent och endast barnets fullständiga namn och personnummer, inga andra namn eller kontaktuppgifter till anhöriga

Ja Nej (Om nej, fyll i fullständig blankett)

Personuppgifter

Barnets namn	Personnummer
Barnets folkbokföringsadress	Telefon
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket språk?
Vårdnadshavare	Personnummer
Vårdnadshavares adress (om annat än barnets)	Telefon
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket språk?
Vårdnadshavare	Personnummer
Vårdnadshavares adress (om annat än barnets)	Telefon
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket språk?
Ange om barnet bor växelvis, har annan adress än bokföringsadress	
Ev. förälder som inte har vårdnad	
Barnets boende om inte hos vårdnadshavare/förälder (ex. familjehem, släkting, HVB hem)	
Annan viktig anhörig	

Uppgifter till inremittent

Remitterande socialtjänst	
Ansvarig socialsekreterare	
Adress, postnummer och ort	Telefon, ansvarig socialsekreterare
Datum för begäran	

Lagrum för begäran

11 kap 1, 2 § § SoL 11 § 4 st LVU

Remissuppgifter (Bifogas i separat bilaga)

1. Beskrivning av utredningen (miljö och/eller beteende, anmälan eller ansökan, startdatum)
2. Aktuell situation för barnet själv, för familjen, för skolan, fritid m.m.
3. Vi har gjort följande iakttagelser hos barnet som kan tyda på psykisk sjukdom:
 - Vad? (vilket beteende?)
 - Var? (i vilka situationer, jämför hemma, i skolan, på fritiden)
 - Hur ofta? (dagligen? situationsbundet?)
 - Hur mycket? (intensiteten i beteendet)
 - Hur/i vilken omfattning påverkas barnets funktion i vardagen? (mat, sömn, fritidsaktiviteter och intressen, skolnärvaro, inläring, relationer till jämnåriga, relationer till vuxna)
 - Vilket stöd har barnet/har barnet haft? (kvarstår svårigheterna trots insatser?)
 - Vilka konsekvenser kan det bli för barnet på lång och kort sikt?
 - Vårdnadshavares uppdrag
 - SIP möten

Försök att samla beskrivningen så tydligt och kortfattat som möjligt på max två A4-sidor.

Övriga uppgifter

Information som inte täcks av remissformuläret

Barnets/den unges inställning till begäran om barnpsykiatrisk bedömning

Beskriv barnets inställning till begäran. Om barnet är över 15 år använd gärna även underskrift för samtycke nedan

Vårdnadshavarnas inställning till begäran om barnpsykiatrisk bedömning

Beskriv vårdnadshavarnas inställning till begäran. Om samtycke finns använd gärna även underskrift för samtycke nedan

Underskrifter

Den unges samtycke till begäran om barnpsykiatrisk bedömning (Inte ett krav om lagrummet är SoL 11 kap. 1 § eller vård enligt LVU)

Ort och datum

Namnteckning, den unge

Namnförtydligande

Vårdnadshavares samtycke till begäran om barnpsykiatrisk bedömning

(Inte ett krav om lagrummet är SoL 11 kap. 1 § eller vård enligt LVU)

Samtycke inhämtat Samtycke ej inhämtat

Ort och datum

Namnteckning, vårdnadshavare

Namnförtydligande

Ort och datum

Namnteckning, vårdnadshavare

Namnförtydligande

Det underlättar och påskyndar vår handläggning och bedömning om så många frågor som möjligt är besvarade! TACK!

Ifylld blankett skickas till

En väg in, barn och unga, psykisk hälsa
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping