

Remissmall till Maria Ungdom för utredning och/eller behandling av substansberoende eller spel om pengar

Patientens namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	Datum
Vårdnadshavare 1 namn	Vårdnadshavare 1 personnummer
Vårdnadshavare 1 ev annan adress	Vårdnadshavare 1 telefonnummer
Vårdnadshavare 2 namn	Vårdnadshavare 2 personnummer
Vårdnadshavare 2 ev annan adress	Vårdnadshavare 2 telefonnummer

Beroendeanamnes (typ av substans eller spel om pengar, omfattning, tidigare behandling, HVB, SIS mm)
Aktuell situation (psykiatriskt mående mm)
Tidigare och pågående vård samt ev. planering (BUP, psykiatri, primärvård mm)

Den vuxna patientens minderåriga barn

Födelseår

Kön

Vårdnadshavare

Umgänge

Kriminalitet/hotbild mot patient

Planering (boende, behandlingshem, sysselsättning mm)

Önskad mottagning (geografiskt område inom Region Stockholm)

Kontaktuppgifter remittent

Namn och yrkesroll	Telefonnummer	Fax
Enhet/verksamhet	Adress (Box, postnummer)	
E-postadress		Datum

Finns journaler att rekvirera: från sjukvård i annan region, socialtjänst, kriminalvård, HVB-hem eller SIS-hem?	☐ Ja ☐ Nej
---	--

Sjukhus/socialtjänst/behandlingshem	Avdelning	Tidsperiod

Journalrekvisition

Namn	Personnummer
------	--------------

Jag ger härmed Maria Ungdom rätten att inhämta nödvändiga journaler från Er. Detta som en del i den pågående substansbruksutredning jag/mitt minderåriga barn medverkar i.

Patientens namnteckning	Datum
Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnförtydligande vårdnadshavare 1
Namnteckning vårdnadshavare 2	Namnförtydligande vårdnadshavare 2

Journalkopior ska skickas till:

Post

Att: Maria Ungdoms remissportal
Maria Ungdom
Friskvårdsvägen 4
112 19 Stockholm

Fax

08 - 123 497 10