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 adress	Vårdnadshavare 1 telefonnummer
Vårdnadshavare 2 namn	Vårdnadshavare 2 personnummer
Vårdnadshavare 2 ev annan adress	Vårdnadshavare 2 telefonnummer
Övrig information (primär vårdnadshavare? Gemensam/enskild vårdnad?)	Tolkbehov? (om ja, specificera språk)

Sökorsak och önskade insatser från Maria Ungdom Vad finns det för oro?
Beroendeanamnes (typ av substans eller spel om pengar, frekvens, omfattning senaste 3 månaderna)
Aktuell social situation (boende, skola/sysselsättning)
Aktuellt mående och psykisk ohälsa (psykiatriskt mående, trauma, suicidalitet och självskada)
Aktuell vård och andra pågående insatser (BUP, psykiatri, primärvård? LVU, socialtjänst, frivård mm)

Tidigare vård och insatser (ex. Maria Ungdom, annan beroendevård som HVB/SIS, frivård, psykiatri/BUP eller socialtjänst)

Minderåriga barn i hemmet?

Födelseår

Namn
Vårdnadshavare

Våld/kriminalitet Finns erfarenhet av att ungdomen tidigare *uppträtt våldsamt eller hotfullt* i något sammanhang? Använt våld eller vapen?

Hot och våld mot patienten? Finns aktuell hotbild gentemot ungdomen? Utsatt för våld eller trauma?

Planering (boende, behandlingshem, sysselsättning mm)

Skyddad id/sekretessmarkering

☐ JA
☐ NEJ

Myndig patient eller vårdnadshavare har samtyckt att remissen skickas och att informationsutbyte får ske mellan socialtjänst och sjukvård.

☐ JA
☐ NEJ

Önskad mottagning (geografiskt område inom Region Stockholm)?

Övrig viktig information

KONTAKTUPPGIFTER

Kontaktuppgifter remittent

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

Övriga kontaktuppgifter

Kontaktuppgifter till andra viktiga aktörer (ex socialtjänsthandläggare, frivårdsinspektör, boende etc)

Namn	Telefonnummer	Fax
Yrkesroll	Enhet/verksamhet	
E-postadress		

Namn	Telefonnummer	Fax
Yrkesroll	Enhet/verksamhet	
E-postadress		

Namn	Telefonnummer	Fax
Yrkesroll	Enhet/verksamhet	
E-postadress		

Journaldokumentation

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

Journaluppgifter finns att tillgå i journaler från:

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