



ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Remiss till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen vid Ålands hälso- och sjukvård

REMISS SKA SKRIVAS I SAMRÅD MED VÅRDNADSHAVARE

BARNETS NAMN:	PERSONNUMMER:
ADRESS:	POSTNUMMER OCH ORT:
HEMKOMMUN:	REMISSDATUM:

Remitteringsorsak till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen tar emot barn och ungdomar upp till 18 år med risk för allvarlig psykisk ohälsa. För att kunna göra en adekvat bedömning och prioritering önskar vi av dig som inremitterande att få en utförlig beskrivning av barnets/ungdomens aktuella och bakomliggande situation ur ett psykologiskt, socialt eller medicinskt perspektiv, t.ex. familjeförhållanden och tidigare sjukdomar. En beskrivning av barnets/ungdomens pedagogiska situation i vardagen är också viktig för bedömningen.

Om du har frågor, kontakta gärna telefonjouren måndag, tisdag, torsdag och fredag kl. 10.00-11.00 via ÅHS växel 5355*.

VILKA SYMTOM PÅ PSYKIATRISK PROBLEMATIK UPPVISAR BARNET? HUR LÄNGE?
FAMILJE- OCH SKOLSITUATION OCH ÖVRIGA RELEVANTA BAKGRUNDSUPPGIFTER T.EX. SJUKDOMSTILLSTÅND
VILKA INSATSER FRÅN BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIN BEDÖMER DU SOM REMITTENT ATT BARNET/UNGDOMEN/FAMILJEN BEHÖVER?
BARNETS/UNGDOMENS FÖRVÄNTNINGAR:
FÖRÄLDRARNAS FÖRVÄNTNINGAR:
PÅGÄENDE INSATSER/ÅTGÄRDSPROGRAM OCH RESULTAT AV DESSA:

HAR TIDIGARE UTREDNINGAR GENOMFÖRTS? ANGE I.S.F. VILKA OCH NÄR:
EVENTUELL FASTSTÄLLD DIAGNOS:

Föräldrars namn och adress

FÖRÄLDER:	FÖRÄLDER:
ADRESS:	ADRESS:
TFN:	TFN:
E-POST:	E-POST:
VÅRDNADSHAVARE: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	VÅRDNADSHAVARE: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Daghem och skola

DAGHEM/SKOLA:	KONTAKTPERSON:
AVDELNING/KLASS:	TFN:

Om barnet är omhändertaget

PLACERING? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ VAR?	ANSVARIG VID SOCIALTJÄNSTEN, TFN:
---	-----------------------------------

Tolk

BEHOV AV TOLK? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	SPRÅK:
---	--------

FÅR JOURNALKOPIOR BEGÄRAS IN? JA NEJ

FÅR DAGHEM/SKOLA KONTAKTAS? JA NEJ

REMISSEN UTFÄRDAD AV:	UNDERSKRIFT REMITTENT:
TFN:	ADRESS FÖR REMISSVAR:

1 ex av denna remiss lämnas till barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen (se nedanstående adress)

1 ex av denna remiss lämnas till föräldrarna

Skickas till: Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Ålands hälso- och sjukvård, Pb 1091, 22111 Mariehamn