

Remiss Flyktingbarnmottagning

Flyktingbarnmottagningen vänder sig till barn (0 – 18 år) med en kombination av psykiska och somatiska symtom till följd av migration och flyktingskap.

Ofullständigt ifyllda remisser återsänds för komplettering. Konsultera gärna Flyktingbarnmottagningen på telefonnummer 070-020 60 26 vid behov innan remiss skickas till oss.

OM BARNET/UNGDOMEN UTTRYCKER TANKAR OM ATT INTE VILJA LEVA SKA REMISSEN INTE GÅ TILL FLYKTINGBARNMOTTAGNINGEN, UTAN DIREKT TILL DEN BUP-MOTTAGNING BARNET/UNGDOMEN TILLHÖR.

*Obligatoriska uppgifter

Barnet/ungdomen *	Flicka*		Pojke*	
Förnamn *				
Efternamn *				
Personnummer/födelsedatum*				
Asylsökande LMA-nr*			Giltigt till och med	
C/o-adress				
Adress				Lägenhetsnr.
Postadress				
Telefon till patient *				
Behov av tolk? *	Nej	Ja	Språk*	
Hemland				
Inresedatum i Sverige				
Boende:	Familjehem	HVB-boende	Förälder	
Förskola/Skola*				
Vårdcentral/BVC*				
Hälsoundersökt? *	Nej	Ja	Om ja, var?	

Remissavsändare*

Avsändare/alternativt egenremiss*			
Vem är du i förhållande till patient? *			
Adress*			
Postadress*			
Telefon*			
Önskar remittent bli kallad till första besöket?	Nej	Ja	

Vårdnadshavare i Sverige*	Förälder*	God man*
Namn*		
Efternamn*		
Adress (om annan än barnets) *		
Postadress*		
Telefon*		


Socialsekreterare (för ensamkommande barn)

Namn	
Efternamn	
Adress	
Postadress	
Telefon	

Legal status *

Permanent uppehållstillstånd		Om ja, sedan?
Tillfälligt uppehållstillstånd		
Asylsökande		
Gömd		
Annan		

Barnet/ungdomen är informerad om remiss*	Nej	Ja
Vårdnadshavare/god man är informerad om remiss*	Nej	Ja



Psykiska symtom*

Exempelvis sömnsvårigheter, mardrömmar, oro, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, ilskeutbrott.

Hur länge har symtomen varat?

Vilka medicinska/kroppsliga symtom uppvisar barnet/ungdomen?

Har barnet/ungdomen några läkemedel?

Aktuella läkemedel - Namn, styrka, dos.

Vilka kontakter har barnet haft i vården.

Exempelvis skolhälsovård, ungdomsmottagning, vårdcentral, specialistvård. Vi frågar om tidigare eller pågående vård för att kunna bedöma remissen korrekt.



Beskriv hur barnet/ungdomen har det i skolan.

Hur fungerar det med kamratrelationer, närvaro, inlärnin

Kompletterande uppgifter om bakgrund/historia.

Bilagor	
----------------	--

Datum* _____

Underskrift remittent* _____

Remissen skickas till:
Flyktingbarnmottagning
Kaserntorget 11 A, vån 6
411 18 Göteborg
Telefon: 070-020 60 26

Var god fyll i samtycke till begäran om journalhandlingar på nästa sida →



Samtycke till begäran om journalhandlingar

Om barnets/ungdomens remiss godtas av Flyktingbarnmottagningen, får Flyktingbarnmottagningen begära ut dennes journalhandlingar från hälso- och sjukvård samt skola?

Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------

Datum _____

Underskrift vårdnadshavare _____