

EGENREMISS

Ansökan om bedömning gällande substitutionsbehandling – LARO Datum.....

Namn: Personnummer:

Hur bor du?	Har du barn?	
	Födelseår?	
Arbete/sysselsättning:		
Vilket socialkontor tillhör du?	Namn på socialsekreterare:	
Är du tidigare straffad alternativt väntar du på rättegång/straff i nuläget?	Har du kontakt med Frivården? Var och vem?	
Vilka droger har du använt? När började du använda dem?		
Alkoholvanor:		
Har du tidigare utretts för, eller haft substitutionsbehandling?	Var?	När?
Har du haft andra behandlingar för ditt missbruk, t ex abstinensbehandling, LVM-vård?	Var?	När?
Har du någon aktuell vårdkontakt avseende ditt psykiska mående? Hur är ditt mående just nu?		
Har du några kroppsliga sjukdomar och pågående vårdkontakt?		
Har du några mediciner förskrivet från en läkare? Om ja, i så fall vilka?		
Hur vill du leva ditt liv med substitutionsbehandling och vad tror du själv att du mer behöver hjälp med, förutom substitutionsbehandling		
Är du i behov av tolk? Om ja, vilket språk?		

EGENREMISS

Ansökan om bedömning gällande substitutionsbehandling, fortsättning

Namn:	Personnummer:
Telefonnummer:	Telefonnummer till anhörig:
Adressen där du är mantalsskriven:	Kontaktadress där du kan ta emot post:

Med det att du ansöker om substitutionsbehandling i vårt program (ej abstinensbehandling, s k avgiftning) och vi har mottagit din ansökan kommer vi att kalla dig till ett bedömningssamtal. Då startar vi en utredning där din ansökan bedöms utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om substitutionsvård, HSLF-FS 2016:1 (kan läsas på www.socialstyrelsen.se). **Alla utredningar leder inte till behandling.**

Genom samverkan mellan sjukvård och socialtjänst ökar möjligheterna till en fungerande behandling. Vi vill därför att du har en socialtjänstkontakt och att du bjuder in din socialsekreterare till bedömningssamtalet.

Har du frågor om din ansökan eller utredning kan du ha kontakt med oss på LARO-mottagningen, telefon 0500-78 20 58. Denna telefonlinje är öppen även för myndigheter och vi värnar alltid om patientsekretessen. För att samverkan kring ditt ärende ska bli så bra som möjligt önskar vi dock att du samtycker till informationsbyte mellan oss och de andra myndigheter som kan vara viktiga i och med att du utreds för substitutionsbehandling. Du samtycker genom att skriva under blanketten nedan. Skriver du inte något där utgår vi från att du har full sekretess.

Du som patient kan alltid ta tillbaka ett tidigare samtycke (i vissa speciella fall finns dock skyldighet genom lag att sjukvården bryter denna strikta sjukvårdssekretess även om det inte finns samtycke från patienten).

Genom att underteckna denna ansökan ger jag mitt samtycke till att personal på LARO-mottagningen, Skaraborgs Sjukhus Skövde får ta kontakt med socialtjänst, frivårdsmyndighet och andra relevanta verksamheter så som sjukvårdsinrättningar, vårdcentral, boende, behandlingshem, anstalt avseende min utredning/behandling, samt vid behov beställa journalhandlingar.

Ort och datum för samtycke:

Namnteckning:

Remissen skickas till: LARO-mottagningen, Skaraborgs Sjukhus, 541 85 Skövde.