

Egenremiss för dataspel

Datum:

Namn:

Adress:

Personnr:

Telefonnr:

Godkänner du att vi kontaktar dig via sms? Ja Nej

Vilken typ av behandling föredrar du? Digitalt På plats

Dataspel

1. Beskriv kort de besvär/symtom du vill söka hjälp för. Hur länge har du haft dessa besvär?

2. Hur många timmar spelar du en typisk vardag?

1-6 timmar 6-12 timmar 12 timmar eller mer

3. Hur många timmar spelar du en typisk helgdag?

1-6 timmar 6-12 timmar 12 timmar eller mer

4. Händer det att du spelar mer än du tänkt dig?

Ja Nej

5. Har du försökt minska ditt spelande utan att lyckas?

Ja Nej

6. Händer det att du mår dåligt om du inte kan spela en dag då du verkligen vill spela (till exempel känner dig ledsen, stressad, orolig, irriterad eller arg)?

Ja Nej

7. Händer det att du hoppar över fritidsaktiviteter eller låter bli att träffa vänner för att kunna spela?

Ja Nej

8. Händer det att du stannar hemma från arbetet eller skolan för att kunna spela?

Ja Nej

9. Har din hälsa påverkats negativt på grund av spelandet (till exempel känt dig orolig, ledsen, irriterad, haft svårt att sova eller fått ont någonstans)?

Ja Nej

Om ja, på vilket sätt?

10. Har du just nu en vårdkontakt (kommun, vårdcentral, psykiatri eller privat) där du får behandling för dina dataspelsproblem?

Ja Nej

Om ja; ange mottagning:

11. Har du tidigare fått behandling för dina dataspelsproblem?

Ja Nej

12. Har du, förutom dataspelsproblem, också psykiska besvär?

Ja Nej

Om ja, vilken typ av besvär? Hur länge har du haft dem?

13. Är du för närvarande sjukskriven?

Ja Nej

Om ja, sedan hur länge? Vilka läkare och mottagning ansvarar för sjukskrivningen?

14. Har du just nu någon behandling (psykologisk och/eller medicinsk) för dina psykiska besvär?

Ja Nej

Om ja, vem ansvarar för behandlingen?

15. Tar du medicin regelbundet?

Ja Nej

Om ja, vilket/ vilka läkemedel?

16. Använder du droger eller alkohol?

Ja Nej

Om ja, vilken typ av drog/ alkohol? Hur ofta och hur stor mängd?

17. Godkänner du att Mottagning för Spelberoende och Skärmhälsa begär journalkopior från annan mottagning?

Ja Nej

18. Finns det något annat som är viktigt för oss att veta (till exempel hemmavarande minderåriga barn)?
(Obligatorisk)

19. Är du under 18 år?

Ja Nej

20. Ange eventuellt behov av tolk. Vilken typ av tolk och/ eller eventuellt vilket språk?