

Remiss för utredning av barn och ungdomar med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Remissdatum:

Avsändare Namn: Verksamhet: Adress: Telefon: Kombikod:	Remissen gäller Namn: Personnummer: Adress:
Mottagare Verksamhet: Adress:	

Förälder Namn: Personnummer: Adress: Tel hem: Mobil: Vårdnadshavare: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Förälder Namn: Personnummer: Adress: Tel hem: Mobil: Vårdnadshavare: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ev. annan vårdnadshavare, namn: Adress:	
Vårdnadshavare godkänt remissen: Ja <input type="checkbox"/> Behov av tolk: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:.....	

Förskola/skola Namn..... Avdelning/klass: Kontaktperson: Tel:
--

Frågeställning	
-----------------------	--

Observerade svårigheter / orsak till oro / beskrivning av beteende	
Enligt förälder/ närstående (exv. tal/språk/ kommunikation, samspel, lek, uppmärksamhet, aktivitetsnivå, fin- och grovmotorik, påverkan på familjen), ev. barnets eller ungdomens syn på svårigheterna	

Observerade svårigheter / orsak till oro / beskrivning av beteende, forts	
Enligt förskola/skola (ev. som bilaga)	
Enligt remitterande instans (observationer/ status vid mottagningsbesök)	
Annan viktig information (exv. familj, språk, ärlighet, sjukdomar, funktionshinder)	

Aktuella/planerade åtgärder samt utvärdering av ev. tidigare insatser (medicinska, pedagogiska, psykosociala) från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård

Bifogade journalkopior Kopior av BHV- och/eller SHV-journaler (bör alltid bifogas, inklusive tillväxtkurvor och syn- och hörselundersökningar)	Bifogas <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

Tidigare bedömning / utredning / utlåtande	Utfört:		Bifogas
	Ja	Nej	
Pedagogisk bedömning*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologbedömning*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnpsykiatrisk bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logoped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* För skolbarn i enlighet med tidigare BUS-överenskommelse, se *Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter*. Observera att remissen behöver innehålla så mycket av pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta så att mottagaren av remissen kan bedöma om utredningsbehov föreligger.

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande och befattning