

Egen vårdbegäran

Mottagare:

Organisation:	Utredningskompaniet Sverige AB		
Adress:	Box 2003		
Postnummer:	195 02	Ort:	Märsta
Telefonnummer:	Dalarna: 0243-25 61 50 Västra Götaland: 0500-10 11 10 Stockholm: 08-525 00 560		

Patient:

Personnummer:			
Namn:			
Adress:			
Postnummer:		Ort:	

Vårdnadshavare 1:

Namn:			
Adress:			
Postnummer:		Ort:	
Telefonnummer:			

Gemensam vårdnad Enskild vårdnad

Vårdnadshavare 2:

Namn:			
Adress:			
Postnummer:		Ort:	
Telefonnummer:			

Kort beskrivning av situationen och svårigheterna

--

Frågeställning (exempelvis ADHD, autism)
Vilka nuvarande vårdkontakter har ni? (exempelvis vårdcentral, BVC, BUP)
Används några läkemedel så beskriv vilka och dosering

Följande dokument önskar vi ta del av, exempelvis:

- Eventuell medicinsk journal
- Pedagogisk kartläggning (i förekommande fall)
- Skol- och elevutredning (i förekommande fall)

Dokumentation från tidigare vårdkontakter:

		Bifogas	
Logopedjournal/utredning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Skolpsykologutredning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ort:			Datum
			:
Underskrift vårdnadshavare 1:		Underskrift vårdnadshavare 2:	

Adress: Box 2003, 195 02 Märsta

Telefon: 0243-25 61 50, 0500-10 11 10, 08-525 00 560

www.utredningskompaniet.se

Neuropsykiatrisk utredning



Namnförtydligande	Namnförtydligande

Adress: Box 2003, 195 02 Märsta

Telefon: 0243-25 61 50, 0500-10 11 10, 08-525 00 560

www.utredningskompaniet.se