



REMISS

Avsändare:

Organisation:

Adress:

Postnummer: Ort:

Telefonnummer:

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

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Patientens adress:

Postnummer: Ort:

Personuppgifter vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnr:..... Ort:

Telefon:

E-mail:

Enskild vårdnad: Gemensam vårdnad:



Vårdnadshavare 2:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnr:..... Ort:

Telefon:

E-mail:

Enskild vårdnad: Gemensam vårdnad:

Frågeställning (exempelvis ADHD, autism)

--

Beskrivning av situationen och svårigheterna

--



Följande dokumentation önskar vi ta del av:

- Dokumentation från tidigare vårdkontakter
- Pedagogisk kartläggning
- Skol- och elevutredning
- Logopedjournal/utredning
- Skolpsykologutredning
- Annan relevant dokumentation

Bifoga dokumenten med remissen, tack!

Vårdnadshavare samtycker till att remiss samt övrig dokumentation skickas: **JA NEJ**

Befattning och namn avsändare:

Telefon avsändare:

Underskrift:

Datum: