

Nationell högspecialiserad vårdremiss



Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer 12 siffror
-------------------------------	------------------------------------

Remissdatum:	Patientens adress:	
Patientens telefonnummer:	Postnummer	Postort
Kontaktperson-/er:		
Anhörig till patient, namn:	Telefonnummer till anhörig:	
Kontaktperson i vården, namn:	Mejl/ telefonnummer till kontaktperson:	
Remiss från:	Datum:	
Mottagning/ avdelning:	Adress:	
Remittent, namn:	Telefonnummer:	
Psykiatrisk öppenvård		
Patientansvarig behandlare:	Patientansvarig läkare:	
Psykiatrisk slutenvård		
Patientansvarig överläkare:	Telefonnummer till patientansvarig överläkare:	
Kommun		
Handläggare i kommunen, namn:	Telefonnummer till handläggare i kommunen:	
Primärvården		
Om relevant; Namn på patientansvarig läkare	Telefonnummer till patientansvarig läkare:	
Aktuella diagnoser, även icke-psykiatriska med eventuella differentialdiagnostiska resonemang:		

Remiss skickas tillsammans med specialistvårdsremiss till:

NHV, Vuxenpsykiatri Självskada

Baravägen 1

221 85 Lund

NHV, Vuxenpsykiatri Självskada
Baravägen 1
221 85 Lund
Telefon: 046-17 57 70

Organisationsnummer: 23 21 00-0255

Nationell högspecialiserad vårdremiss



Patientens för- och efternamn

Patientens personnummer 12 siffror

Tidigare utredningar gällande diagnostik, funktionsnivå eller annat relevant (listas nedan, bifoga kopior till remissen):

Aktuell medicinering samt hur länge patienten haft denna:

Suicid och självskadeanamnes:

Finns det uttalad hotbild mot patienten?

Vilka evidensbaserade behandlingar som patienten erbjudits/genomgått, hur länge patient gått i dessa samt vad som kommit i vägen för effektiv behandling:

Nationell högspecialiserad vårdremiss



Patientens för- och efternamn

Patientens personnummer 12 siffror

Patientens beskrivning av behandlingsförsök och varför tidigare behandlingar inte har gett önskat resultat:

Patientens tankar om vad hen vill uppnå:

Social situation:

Har/bor med minderårig/a:

Uppgift om tolkbehov:

Nationell högspecialiserad vårdremiss



Patientens för- och efternamn

Patientens personnummer 12 siffror

Utredning av kommunala stödinsatser:

Anamnes på kriminalitet och våld:

Patienten är informerad och har gett sitt samtycke till NHV samt informationsinhämtning från samtliga enheter/huvudmän patienten varit i kontakt med under sitt liv

Nej

Ja

Signatur från verksamhetschef om betalansvar med namnförtydligande (om utanför Region Skåne)

Signatur:

Namnförtydligande:

