

Datum

Namn

Efternamn

Adress inkl. postnr. och ort

Personnummer

Telefon

E-post

Vad söker du hjälp för?

Beskriv dina symtom och hur länge du haft dem:

Skriv i fältet nedan vilken mottagningsort remissen gäller.

Har du sökt hjälp för dina besvär tidigare på vårdcentral eller inom psykiatri?

Nej Vårdcentral Inom psykiatri

Vem är din behandlande läkare?

Tar du några mediciner, i så fall vilka? Tar du andra mediciner än för psykiska besvär och i så fall vilka?

Har du någon aktuell/pågående psykoterapi?

Ja Nej

Behandlas du för någon kroppslig sjukdom?

Hur ser din familjesituation ut?

Har du
mindreåriga
barn?

Ja
 Nej

Underskrift