

*OBS! Vårdbegäran fördelas till BUP SoS inom FoUU-sektionen utan bedömning vid BUP En Väg In.*

Vårdbegäran från vårdnadshavare med stöd av socialtjänsten för aktualisering vid **BUP Samverkan och Specialiserad vård** inom ramen för **social insatsgrupp (SIG)**

Ungdomens namn:

Ungdomens personnummer:

Ungdomens telefon:

Vårdnadshavare namn:

Vårdnadshavare telefon:

Vårdnadshavare namn:

Vårdnadshavare telefon:

Annan, av socialtjänsten utsedd person, som genom delegation/fullmakt ansvarar för kontakt med hälso- och sjukvården i vårdnadshavares ställe:

Namn:

Telefon:

Härmed intygas att samtliga vårdnadshavare är informerade och samtycker till insatser från den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP), samt samtycker till att BUP medverkar i social insatsgrupp där sekretess mellan BUP och samtliga övriga ingående parter upphävs inom ramen för denna samverkan. *Separat samtyckesblankett från samtliga vårdnadshavare måste bifogas!*

Alternativt

Härmed intygas att samtliga vårdnadshavare är informerade och att en av dem samtycker till insatser från den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP), samt samtycker till att BUP medverkar i social insatsgrupp där sekretess mellan BUP och samtliga övriga ingående parter upphävs inom ramen för denna samverkan.  
**Därutöver finns giltigt beslut från socialnämnden enligt 6 kap. 13 a § Föräldrabalken om att utredning och behandling får ges vid BUP samt att BUP får medverka i social insatsgrupp där sekretess mellan BUP och samtliga övriga ingående parter upphävs inom ramen för denna samverkan. Separat samtyckesblankett från aktuell vårdnadshavare och kopia på socialnämndens beslut måste bifogas!**

Underskrift socialtjänstens kontaktperson:

Datum och namnförtydligande:

Kontaktuppgifter:

Ungdomen är omhändertagen enligt LVU. **JA / NEJ**

Vårdnadshavare får kontaktas direkt av BUP. **JA / NEJ**

Omständigheter som kräver särskild sekretess inom sjukvården föreligger. T. ex pågående brottsutredning, hög hotbild eller beslut om hemlighållande av vistelseort. **JA / NEJ**

Förhöjd våldsrisk eller känd hotbild föreligger. **JA / NEJ**

**Social situation:** Familj? Placerad? Skolgång? Umgänge? Fritidsaktiviteter? Övrigt socialt nätverk? Aktuella eller tidigare psykosocialt belastande omständigheter eller traumatiska livshändelser? Ange gärna identifierade risk- och skyddsfaktorer.

**Psykiatrisk bakgrund:** Tidigare eller pågående BUP-kontakt? Psykiatriska diagnoser? Kroppslig hälsa? Känd ärftlighet? Aktuella mediciner? Droger? Aktuella symtom? (sömnstörning, irritabilitet, nedstämdhet, ångest, aggressivitet/utagerande, normbrytande beteende, regleringssvårigheter impulser/aktivitet/koncentration, sociala samspelssvårigheter etc.) Beskriv gärna eventuell funktionspåverkan som symtomen medför i vardagen, exempelvis för skolgång, familjerelationer och fritid. Ange gärna identifierade risk- och skyddsfaktorer.

Ifylld vårdbegäran och skriftliga samtycken från vårdnadshavare skickas till:

**BUP En Väg In**  
**Box 2052**  
**183 02 Täby**

Extra skrivutrymme: