Region Stockholm

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 ungdomspsykiatrin (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 ungdomspsykiatrin (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:

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

Ungdomen är omhändertagen enligt LVU. Ja

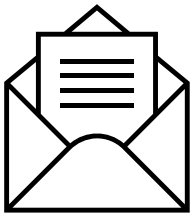
Vårdnadshavare får kontaktas direkt av BUP. Ja

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

Förhöjd våldsrisk eller känd hotbild föreligger. Ja

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

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

Extra skrivutrymme: