

## Remiss NPF, Barn- och ungdomspsykiatri / Habilitering

Vi vill att du om möjligt fyller i remissen på din dator. Skriv sedan ut, skriv under och skicka till adressen som finns längst ner i dokumentet.

Aktuell frågeställning:

ADHD

Neuropsykiatri ospecificerat

Autism

Differentialdiagnostiska överväganden:

Remissdatum:

Barnets namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer och ort:

Tfn:

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namn:

Adress:

Tfn:

E-post:

Namn:

Adress:

Tfn:

E-post:

Remitterande verksamhet

Utfärdad av:

Skola:

Kontaktperson, namn:

Kontaktperson, telefon:

Beskriv detaljerat vilka svårigheter i skolan, som föranleder remissen (anamnes och symtom).

Vårdnadshavares beskrivning av eventuella svårigheter i hemmet.

När eleven målen enligt läroplanen? ja nej

Finns läs- och skrivsvårigheter? ja nej

Om ja, är eleven utredd eller planeras utredning?

Vilka extra anpassningar har gjorts i skolan?

Vilket resultat?

Finns utredning om särskilt stöd? ja nej

Om ja, ange typ av utredning

**Symtom** **Beskriv hur funktionen påverkas**

Nedsatt koncentrationsförmåga/uppmärksamhet	
Impulsivitet	
Hyperaktivitet	
Tics	
Bristande förmåga till social interaktion	
Kontakt med jämnåriga	
Bristande ögonkontakt	
Kommunikation, kroppsspråk	
Beteendeavvikelser	
Nedstämdhet	
Ångest	
Övrigt	

**Nuvarande kontakter:**

- Barnspecialistmottagning       HAB  
 BUP                                       Socialtjänst

**För att remissen ska vara komplett ska följande bifogas:**

- Pedagogisk utredning       Skolläkarutlåtande       Eventuellt tidigare utredningar  
 Åtgärdsprogram       Psykologisk bedömning       Sammanfattning av ev tidigare utredningar

Behövs tolk?    ja    nej      Vilket språk?

**Om barnet är placerat enl SoL eller LVU**

Familjehem:   
HVB-hem:   
SiS-institution:

**Kontaktperson namn och telefonnummer**

**Handläggare vid socialtjänsten**

---

Har elev/vårdnadshavare samtyckt till att journalkopior får rekvireras?    ja    nej

Remiss har skrivits i samråd med vårdnadshavare    ja    nej

---

**Underskrift av remittent, namnförtydligande**

**Adress för remissvar**

**Remissen skickas till:**

Remissbedömningsgruppen      eller      Remissbedömningsgruppen  
Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen      Habiliteringen  
Akademiska sjukhuset      Box 26074  
Märstagatan 7      751 85 Uppsala  
751 85 Uppsala