

Vårdbegäran från socialtjänst – familjevåld och trauma

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnets personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	
Skyddade personuppgifter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Vårdnadshavare	Vårdnadshavare
Adress	Adress
Telefonnummer	Telefonnummer

Familjehem/namn till kontaktperson	Adress
Telefonnummer	

Orsak till vårdbegäran
Beskriv de iakttagelser och den oro som finns runt barnet samt krisanledning som föregår vårdbegäran. Beskriv potentiellt traumatiserande händelse/händelser. Beskriv barnets mående och funktion. Finns specifika symtom såsom beteendeförändringar, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, ångest, självskadebeteende eller dylikt. Saknas förväntade symtom, ange det då det kan vara en del av problemet.

Familjesituation

Syskon. Separationer. Riskfaktorer som missbruk eller psykisk sjukdom hos förälder. Vardagen – kamrater och skola. Fritidsintressen.

Utsatthet

Har barnet varit utsatt för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller kränkningar tidigare eller utöver det som är skäl till vårdbegäran? Beskriv i så fall dessa händelser. Har barnet varit utsatt för försummelse tidigare? Är barnet tryggt nu? I så fall hur? Har utredning (SoL§11) avslutats och i så fall med vilka insatser eller pågår utredning? Är förhör med barnet avslutat? Viktigt att ha en kontakt med fast vårdkontakt i ärendet.

Övrig information

Vad är barnets/vårdnadshavarnas inställning till denna vårdbegäran?

Behov av tolk?

Ja Nej

Ange behov av tolk

Språktolk, vilket språk:

Remitterande socialtjänst**Remiss utfärdad av**

Namn och titel

Telefonnummer

Skicka blanketten till: Barn- och ungdomspsykiatri Remissgruppen Ceralsjukhuset 651 85 Karlstad	
Namnunderskrift:	Datum: