

# Vårdbegäran från socialtjänst – familjevåld och trauma

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnahusförhör

Nej

Ja

Datum:

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**

<b>Skicka blanketten till:</b> Barn- och ungdomspsykiatri Remissgruppen Ceralsjukhuset 651 85 Karlstad	
Namnunderskrift:	Datum: