



Förfrågan Vuxenenheten

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postadress	Familjesituation
Barn och ålder (hemmavarande)	Sysselsättning

Orsak till förfrågan	<input type="checkbox"/> ASI	<input type="checkbox"/> Audit utförd	<input type="checkbox"/> Bifogas
	<input type="checkbox"/> Dudit utförd	Poäng:	
Typ och omfattning av beroende/missbruk			
Annan problematik			
Patientens motivationsnivå			
Nuvarande insatser/eventuell pågående medicinering			
Önskat samarbete/samordnade insatser			

Medicinsk ansvarig läkare

Namn	
Telefonnummer	E-post

Andra behandlingskontakter/samarbetspartners

Namn		
Telefonnummer		E-post
Namn		
Telefonnummer		E-post
Namn		
Telefonnummer		E-post
Datum	Verksamhet	Underskrift

Ovanstående klient/patient samtycker till att denna förfrågan skickas till Vuxenheten

Observera! Blanketten får ej mailas. Blanketten ska skickas på papper per post eller faxas.

Svar

Datum		Behandlare
Befattning		Telefon

Observera! Blanketten får ej mailas. Blanketten ska skickas på papper per post eller faxas.