

Ansökan / Egen vårdbegäran Psykoterapimottagning Kabinett

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked. Om du inte fått besked inom 5 dagar så hör av dig.

Vårdbegäran lämnas i vår brevlåda eller skickas till  
Psykoterapimottagning Kabinett  
Skolhusallen 3  
852 32 Sundsvall

Personnummer (årmmdd-xxxx)

Efternamn

Förnamn

Gatuadress

Postnummer och postadress

Telefon bostad

Telefon mobil

Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för

Har de bekymmer du beskriver gjort att du fungerar sämre i ditt arbete, sköta hem, eller umgås med andra?      Ja              Nej

Hur länge har besvären funnits?

Har du pågående behandlingskontakt för dina besvär?      Ja              Nej

Om ja – hos vem?

Har du tidigare erfarenhet av behandling för psykisk ohälsa inom primärvård, psykiatrisk verksamhet eller annan verksamhet?      Ja      Nej

Om ja, hos vem?

Beskriv resultatet av den tidigare behandlingen?

Har du någon aktuell sjukdom / diagnos

Har du haft eller har du ett pågående missbruk / beroende? Vilka substanser? När?

Ort

Datum

Underskrift