

Egenremiss ACT Göteborg

Datum:	Personnummer:
Namn:	
Gatuadress:	
Postnummer:	Ort:
Folkbokföringsadress (om annan än ovan):	
Hemtelefon:	Mobiltelefon:
Vad önskar du för hjälp från ACT Göteborg?	
Vad har du för kontakt inom socialtjänsten? Enhet? Handläggare?	
För att vi ska kunna bedöma din egenremiss och ditt behov av ACT Göteborg behöver vi ditt samtycke till informationsutbyte mellan ACT Göteborg och socialtjänsten. Sätt ett kryss i rutan för att godkänna detta.	
Jag samtycker till informationsutbyte mellan ACT Göteborg och socialtjänsten <input type="checkbox"/>	
Hur ser din boendesituation ut?	

Har du någon pågående behandling för dina psykiska besvär?
Om ja, vem ansvarar för behandlingen?

Använder du droger eller alkohol?
Om ja, i vilken omfattning? Vilken typ av droger använder du?

Tar du för närvarande medicin för någon annan sjukdom?
Har du någon kroppslig sjukdom?

Finns det något annat som vi behöver ta hänsyn till vid vår bedömning?