

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?	
ACT Göteborg är en integrerad mottagning mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset Psykiatri och Socialförvaltning Sydväst. Vård och stöd på mottagningen förutsätter samtycke till informationsutbyte mellan Socialförvaltningen Sydväst och Sahlgrenska Universitetssjukhuset Psykiatri om din situation. Det förutsätter också informationsutbyte mellan ACT Göteborg och handläggande socialtjänst i staden. Samtycket gäller från datumet du ansöker om stöd på ACT Göteborg samt under tiden du är inskriven på mottagningen. Du kan när som helst återta ditt samtycke, men vård och stöd kan endast ges på mottagningen så länge du samtycker till informationsutbyte. Jag samtycker till informationsutbyte mellan ACT Göteborg och ovanstående ☐	

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?