

Datum \_\_\_\_\_

## Egenremiss avseende psykologisk behandling av barn

Nedanstående blankett fylls i och lämnas, alternativt postas till (Funka Psykologi AB, Sankt Göransgatan 126, 112 45 Stockholm.) Tack på förhand!

Barnets namn \_\_\_\_\_

Barnets personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Beskriv aktuell problematik hos ditt/ ert barn och vad du/ni önskar hjälp med

---

---

---

---

---

---

Tidigare behandlingar/ vårdkontakter?

---

---

---

Tidigare eventuella utredningar (hos t ex logoped eller psykolog)?

---

---

Aktuella sjukdomar/tillstånd?

---

---

Pågående vårdkontakter?

---

---

Underskrift av vårdnadshavare 1: \_\_\_\_\_

Underskrift av vårdnadshavare 2: \_\_\_\_\_