Remiss Samverkansteam

Remissdatum:

Kontaktuppgifter deltagare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Bostadsadress | Ort |
| Telefonnummer | Ersättningsform |
| Mailadress |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fullständiga betyg grundskola | [ ]  Ja [ ]  Nej |
| Fullständiga betyg gymnasium | [ ]  Ja [ ]  Nej |
| Gymnasieprogram/övrig utbildning |       |
| Bakgrund (arbetslivserfarenhet, social situation) |       |
| Fysisk/psykisk hälsa (kännedom om psykisk problematik, missbruk, hälsotillstånd, sjukdomar, diagnoser) |       |
| Tolk | [ ]  Ja, följande språk:       [ ]  Nej |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontakt med andra aktörerOrganisation | Handläggare/kontaktperson | Telefon/mail      |

|  |
| --- |
| Varför samverkansteam? (Beskriv syftet) |

Kontaktuppgifter remittent

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Myndighet |
| Telefonnummer | Mailadress |