



**Remissunderlag RKC Göteborg,**

Röda Korsets behandlingscenter riktar sig till människor som lider av olika former av psykiskt illabefinnande till följd av traumatiska erfarenheter från krig, tortyr och/eller svåra flyktupplevelser. Vi är ett behandlingsteam bestående av psykoterapeut, fysioterapeuter, psykologer, kurator och sekreterare. Vänligen fyll i följande remissunderlag så utförligt som möjligt! Vid frågor är Du välkommen att höra av Dig till oss!

Återkoppling till patient kommer att lämnas så snart som möjligt efter att vi har handlagt remissen i vårt team, det är därför viktigt att vi har så fullständiga kontaktuppgifter som möjligt till patienten.

**Remissdatum:** .....

**Remittentens kontaktuppgifter**

Verksamhet: .....

Handläggare: .....

Adress: .....

Telefonnummer: .....

Är patienten informerad om att remiss är skickad? .....

**Eventuell vårdnadshavare/god man/annan person som får kontaktas:**

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Adress: .....

Telefon: .....

**Allmänna uppgifter om den hjälpsökande:**

Förnamn: ..... Efternamn: .....

Personnummer/födelsedatum: .....

Adress: .....

Telefon: .....

Kön: ..... Civilstånd: .....

Barn (ange födelseår): .....

Ursprungsland: .....

Språk (dialekt, specificera vid behov): .....

Behov av tolk  Ja  Nej

Särskilda önskemål gällande tolk: .....

Ankomst till Sverige: .....



**Juridisk status:**

- Permanent uppehållstillstånd
- Tillfälligt uppehållstillstånd
- Asylsökande
- Papperslös

Om ja, sedan vilket datum: .....

Om ja, sedan vilket datum:.....

Om ja, LMA-nummer:.....

Sysselsättning:.....

Utbildning: .....

**Aktuellt:**

Kort bakgrundshistorik: .....

.....

.....

Har erfarenheter från krig?  Ja  Nej  Vet ej

Varit frihetsberövad:  Ja  Nej  Vet ej

Blivit utsatt för tortyr?  Ja  Nej  Vet ej

Blivit utsatt för annat grovt våld?  Ja  Nej  Vet ej

Bevittnat när andra har utsatts för grovt våld?  Ja  Nej  Vet ej

Svår migrationsrelaterad stress?  Ja  Nej  Vet ej

Anhörig till traumatiserad flykting?  Ja  Nej  Vet ej

Aktuella psykiska besvär:.....

.....

Eventuell aktuell diagnos(er): .....

Tidigare behandling/insats: .....

Eventuell aktuell medicinering:.....

Utskrivande läkare: .....

Bedömning av behov av vård och/eller stöd:.....

.....