



*Mobila behandlingsteamet för
krigsskadade och torterade*
(Mobile treatment team for war and torture victims)

Remissinformation

Anmälan från: Kommun
 Primärvård
 Länsjukvård
 Enskild
 Annan

Kontaktperson/Telefon:

Allmän information:

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer/ LMA:

Födelsedata:

Adress:

Postadress:

Telefon:

Kön: Kvinna Man

Civilstånd:

Barn som bor med familjen: Ja Nej

Ursprungsland:

Modersmål:

Dialekt/Övriga språk:

Behov av tolk: Ja Nej

Tid i Sverige:

PUT: Ja, sedan..... Nej, asylsökande

Arbete: Ja Nej

Utbildning:

Nuvarande problematik:

Sjukdomar eller besvärande symptom:

.....
.....
.....

Diagnos:

Eventuell medicinering:

Utskrivande läkare:

Bakgrund:

Deltagit i krig: Ja Nej

Om ja: som stridande soldat på annat sätt

Kommentarer:

Varit i fängelse, fångläger Ja Nej

Varit i flyktingläger: Ja Nej

Om ja, namn på platsen och årtal:

Blivit torterad? Ja Nej

Blivit utsatt för annat
grovt våld: Ja Nej

Bevittnat när andra människor
utsatts för grovt våld: Ja Nej

Har anhöriga dödats i samband
Med krigshändelser: JA Nej

Kommentarer:

.....

Frågeställning eller begäran:

Vilken slags hjälp anser sig personen behöva i första hand?

.....
.....
.....

Datum:

Underskrift av patient:

Insändes/lämnas till: *Röda Korset Mobila Behandlingsteam
För Krigsskadade och torterade
Kungsladugårdsvägen 5, 462 54 Vänersborg*