

**Mottagare**

Moment Psykologi  
Drottninggatan 99  
113 60 Stockholm

**Avsändare**

Namn

Adress

**Personuppgifter**

För- och efternamn

Personnummer

Gatuadress

Postnr

Ort

**Beskrivning av situation och svårigheter****Frågeställning**

Beskriv vilka vårdkontakter som finns (t.ex. psykiatrisk mottagning, vårdcentral, specialkliniker)

## Tolk

Är du i behov av tolk?  Nej

Ja Språk

## Bifogade dokument

Material från tidigare vårdkontakter som ska bifogas remissen om de finns att tillgå

Journalkopior från psykiatrisk mottagning

Journalkopior från skolhälsovård (gäller gymnasieelever)

Journalkopior från beroende/missbruksvård

Journalkopior från vårdcentral eller annan vårdgivare

Observera att utredning aldrig kan genomföras vid aktuellt drog- och/eller alkoholberoende eller missbruk.

## Remiss och journalkopior skickas till

Moment Psykologi  
Drottninggatan 99  
113 60 Stockholm

## Övrig information

## Underskrifter

Datum		Ort	
Underskrift			
Namnförtydligande			