

FÖRFRÅGAN
insats inom Skyddsvärnets Vårdkedja

Datum

Förfrågan gäller insats hos (*markera ett eller flera alternativ*)

Arbetsträning via Skyddsvärnets sociala företag

Björka boende med arbetsträning

Familjevård

Halvvägshus (endast kriminalvården)

Träningslägenheter

Öppenvård

Uppdragsgivare

Kommun/enhet:

Handläggare:

Telefon:

E-post:

Postadress:

Insatsen avser

Namn:

Personnummer:

Telefon:

Nuvarande adress:

Kortfattad sammanfattning av bakgrund och aktuell situation

Mål med insatsen

Har personen någon regelbunden sysselsättning?

Om ja; vad? Om nej; finns en plan för sysselsättning?

Hur ser personens inkomstförhållanden ut? (kort beskrivning)

Har personen minderåriga barn?

Om ja; vänligen ange antal barn, ålder, umgänge, boende, vårdnad etc.

Har personen fysiska besvär/ohälsa av relevans för insatsen?

Om ja; vad? Får personen vård för sina besvär? Vid behov; ange kontaktuppgifter till vårdgivare.

Har personen psykiska besvär/ohälsa av relevans för insatsen?

Om ja; vad? Får personen vård för sina besvär? Vid behov; ange kontaktuppgifter till vårdgivare.

Aktuell medicinering ordinerad av läkare

Ingen aktuell medicinering

Läkemedel för ADHD/ADD

Läkemedel mot alkoholmissbruk

Bensodiazepiner

Neuroleptika

Substitutionsbehandling för opiatberoende

Annat av relevans för insatsen

Bedöms personen vara i risk för suicid?

Aktuell dokumenterad drogfrihet

Har personen dömts för våldsbrott?

Om ja; när och vad?

Har personen blivit utsatt för hot/våld som bör beaktas inför insatsen?

Finns det någon aktuell hotbild mot personen?

Har personen utsatt någon annan för hot/våld som bör beaktas inför insatsen?

Till sist; varför valde du att vända dig till Skyddsvärnets Vårdkedja?

Vänligen spara och återsänd det ifyllda formuläret *efter* personlig kontakt hos aktuell enhet inom Skyddsvärnets Vårdkedja.
Tack för din förfrågan!

