

REMISS TILL ALEFORSSTIFTELSEN

Datum

--

Avsändare

Angående patienten

--	--

Diagnos/frågeställning

--

Anamnes/status:

Kända fysiska eller psykiatriska sjukdomar. Tidigare behandling av alkohol/ drogproblem, suicidförsök, känt blandmissbruk, användande av beroendeframkallande medicin. Medger patientens fysiska och psykiska status att Aleforsstiftelsens behandlingsprogram genomförs?

--

Känd överkänslighet

Känd smittorisk

--	--

Ort och datum:

Underskrift och namnförtydligande:

--	--