

REMISS TILL ALEFORSSTIFTELSEN

Datum

Avsändare	Angående patienten

Diagnos/frågeställning

Anamnes/status:

Kända fysiska eller psykiatriska sjukdomar samt eventuella funktionsnedsättningar.
Tidigare behandling av alkohol/ drogproblem, suicidrisk, känt blandmissbruk eller användande av beroendeframkallande medicin.

Medger patientens fysiska och psykiska status att Aleforsstiftelsens behandlingsprogram genomförs?

Känd överkänslighet	Känd smittorisk
Ort och datum:	Underskrift och namnförtydligande: