Välkomna på neuropsykiatrisk utredning hos oss på PAX.

Vänligen fyll i nedanstående formulär och skicka till oss via e-post eller ta med på första besöket. Fyll i allt även om ni uppgett informationen tidigare för att säkerställa att vi har rätt uppgifter. Vi kommer att skicka samtlig information till barnets folkbokföringsadress.

1. **Barnets uppgifter:**

   Barnets namn:

   Personnummer:

   Adress:

2. **Vårdnadshavares kontaktuppgifter**. Är du ensam vårdnadshavare räcker det med dina uppgifter. I annat fall krävs underskrift från samtliga vårdnadshavare för att utredningen ska vara möjlig att genomföra.

Vårdnadshavare 1
Namn:

Personnummer:

Adress:

Mobiltelefon:

E-post:

Signatur:

Godkänner ni sms-påminnelser från vårt system?

Vårdnadshavare 2
Namn:

Personnummer:

Adress:

Mobiltelefon:

E-post:

Signatur:

Godkänner ni sms-påminnelser från vårt system?

För att genomföra en trygg och säker utredning är vi i behov av underlag från tidigare vårkontakter, såväl inom er region som privat. Vänligen godkänn nedan att PAX kliniken får ta del av dessa journaler inom ramen för vår utredning.

Jag/Vi godkänner ovan:

paxkliniken.se
Hej@paxkliniken.se
0763-228495

Besöksadress: Beijerskajen 8A
Postadress: Nordenskiöldsgatan 11A
211 19 Malmö,
Sverige