

Förfrågan om Case Manager (CM)

1. Har du psykiska problem som försvårar ditt liv (psykisk funktionsnedsättning)?

Ja Nej

2. Har du missbruks- eller beroendeproblematik? Ja Nej

Om du svarar Ja, vad? _____

3. Beskriv dina svårigheter _____

Hur länge har du upplevt svårigheter? _____

4. Behandling du får idag och/eller som du fått tidigare?

Vilket stöd har du från:

Region Kalmar län: _____

Kommunen: _____

Arbetsförmedlingen: _____

Försäkringskassan: _____

God man: Ja Nej

Förvaltare: Ja Nej

Kriminalvården Ja Nej

Frivården: _____

5. Vad önskar du att CM hjälper dig med framöver?

Min/mina viktigaste närstående samt vård- och stödkontakter

idag är:

<u>Namn</u>	<u>Relation</u>	<u>Tel</u>	Får kontaktas
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Mitt namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Behjälplig vid ifyllande av denna förfrågan: _____

Dagens datum: _____

Skicka förfrågan till den enhet där du är boende

Emmaboda, Kalmar, Mörbylånga: Psykiatrisk rehabilitering söder/CM
Länssjukhuset
Hus 8, plan 4
391 85 Kalmar

Mönsterås: Bedömningsteamet för CM
Socialförvaltningen
Box 54
383 22 Mönsterås

Högsby: CM
Individ-och familjeomsorgen
Högsby kommun
579 80 Högsby

Oskarshamn: Bedömningsteamet för CM
Socialförvaltningen
Box 707
572 28 Oskarshamn