

Vuxenhabiliteringen

Telefon: 010-831 40 72

Begäran om konsultativ insats från Vuxenhabiliteringen

För att erbjudas insatser från Vuxenhabiliteringen krävs att patienten har ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppsstillhörighet.

Obligatoriska uppgifter markerade med *

Datum:

*Remittent/Remitterande verksamhet: Adress: Telefon:	Till: Vuxenhabiliteringen Drottninggatan 27 652 25 Karlstad
--	--

Patientuppgifter

*Patientens namn	*Personnummer
*Adress	Telefon
Närmast anhörig, adress	Telefon
*God man/förvaltare, adress	*Telefon

Övriga kontaktuppgifter

Boende *Kontaktpersonal: *Chef:	*Telefon
Sysselsättning *Kontaktpersonal: *Chef:	*Telefon

Vuxenhabiliteringen

Telefon: 010-831 40 72

*Chef för berörd personal tar ansvar för att skapa förutsättningar för personal att ta emot insats:

***Medicinsk diagnos**

***Frågeställning**

***Beskriv patientens behov av habiliterande insatser.**

Ge exempel på situationer där svårigheter uppstår. Beskriv så konkret som möjligt.

Vuxenhabiliteringen

Telefon: 010-831 40 72

***Vilka andra insatser har prövats?**

Till exempel handledning, insatser från kommunen, egna åtgärder inom verksamheten.

***Finns det andra pågående eller planerade insatser?**

Till exempel handledning eller insatser från kommunen.

Har patienten genomgått somatisk undersökning och/eller munhälsobedömning?***Patient/företrädare har gett samtycke att remissen skickas:**

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Yrkestitel