

**Vuxenhabiliteringen**

Reception telefon: 010-831 40 72

**Vårdbegäran till Vuxenhabiliteringen**

Obligatoriska uppgifter markerade med \*.

DATUM: .....

*Namn på remittent/Inremitterande verksamhet:  Adress:  Telefon:	Till:  Vuxenhabiliteringen Drottninggatan 27 652 25 Karlstad
--	--

**Personuppgifter**

*Patientens namn	*Personnummer
*Utdelningsadress	Telefon (även rikt): arbetet
*Postnummer och postort	*Telefon (även rikt): bostaden, mobil
Närmast anhörig, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil
God man, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil

För att få hjälp av Vuxenhabiliteringen krävs ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppstillhörighet (se under medicinsk diagnos) samt habiliteringsbehov som motiverar insats på specialistnivå.

Åtgärder ges till patient och nätverk och kompletterar insatser från övrig hälso- och sjukvård samt andra samhällsaktörer.

**\* = Obligatoriska uppgifter.**

*Frågeställning:
*Hälsoproblem:

**Vuxenhabiliteringen**

Reception telefon: 010-831 40 72

--

**\*Medicinsk diagnos:**

**\*Anamnes – Hälsa- och sjukdomshistoria:**

**\*Pågående utredning/ behandling:**

**\*Planerade åtgärder:**

**Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner:**

**Förflyttning:**

**Psykiska funktioner:**

**Social situation:**

**Kommunikation:**

**ADL:**

**Sinnesfunktioner:**

**Perceptuella funktioner:**

**Hjälpmedel:**

**\*LSS-beslut:**

**Vuxenhabiliteringen**

Reception telefon: 010-831 40 72

**\*Yrkesutövare inom Hälso- och Sjukvård:**

**\*Andra yrkesutövare:**

**\*Enkel läkemedelsgenomgång:**

**\*Tolkbehov**

**\*Kallelsesätt:**

**\*Vem lämnar ytterligare information:**

**\*Patienten har godkänt att remissen skickas:**

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Yrkestitel