

Egenansökan till Habiliteringen för barn och unga 0-17 år med fastställd diagnos

ANSÖKAN GÄLLANDE	
Namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer:	Ort:
Telefon:	
Syskon (ålder/kön):	

DIAGNOS
Vad har ditt barn för fastställd diagnos/funktionsnedsättning?
Beskriv vilka problem ditt barns funktionsnedsättning innebär i vardagen:
Vad vill ni ha hjälp med från habiliteringen?

Barnomsorg / skola:

ANDRA PÅGÅENDE KONTAKTER:
Habiliteringen använder sig av sammanhållen journalföring. Du kan läsa mer på www.1177.se . Har du frågor, kontakta oss.
<input type="checkbox"/> Samtycker att habiliteringen tar del av nödvändiga journaler

UTREDNING SOM STYRKER DIAGNOS

Utredningen gjord vid:

 Sammanfattning av utredningsresultat (bifogar kopior på åberopade utredningar) Utredningen finns i Region Uppsalas journal**UPPGIFTER OM VÅRDADSHAVARE**

Vårdnadshavares namn:

Vårdnadshavares namn:

Adress:

Adress:

Postnummer: Ort:

Postnummer: Ort:

Tel: Tel arbete:

Tel: Tel arbete:

Behov av tolk:

 Ja Nej Språk:

Behov av tolk:

 Ja Nej Språk: Samtycker till att habiliteringen tar kontakt med mig via 1177. (Förutsätter att ditt barn är under 13 år och att du har aktiverat aviseringar från 1177.se) Samtycker till att habiliteringen tar kontakt med mig via 1177. (Förutsätter att ditt barn är under 13 år och att du har aktiverat aviseringar från 1177.se)

Datum:

Datum:

Underskrift av vårdnadshavare

Underskrift av vårdnadshavare

Påskriften ansökan skickas till:

Nära vård och hälsa
Habiliteringens remissbedömning
Box 26074
750 26 Uppsala