

Egenremiss till barnhabiliteringen i Blekinge

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	c/o Adress
Postnummer	Ort
Telefonnummer	Skola
Behov av tolk, i så fall vilket språk	

Har du haft kontakt med habiliteringen tidigare (i Blekinge eller annat län)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

Beskriv barnets/ungdomens behov av stöd från habiliteringen:

Diagnos (bifoga gärna journalkopior och/eller intyg som styrker diagnos)

Ges samtycke till att läsa journal från andra vårdgivare (ex. BUP, Barnkliniken, vårdcentral)?

☐ Ja

☐ Nej

Vem ska vi kontakta vid behov?	Namn
	Telefonnummer
	Relation

Namnteckning

Datum

.....

.....

Remissen skickas till:

Karlskrona
Barnhabilitering
Blekingesjukhuset
Vårdskolevägen 3
371 41 Karlskrona

Karlshamn
Barnhabiliteringen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn