

Egenremiss till Habiliterings- Ungdoms- och vuxenteam

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	c/o Adress
Postnummer	Ort
Telefon hem	Annan telefon
Mobiltelefon	Boendeform
Skola/arbetsplats/sysselsättning	God man/Förvaltare

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

Ja,
I vilket län hade du kontakt med Habiliteringen _____

Nej,

Vet inte

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

<p>Godkänner du att vi inhämtar journalkopior från andra vårdgivare (ex. BUP, vuxenpsykiatri, vårdcentral) och att vi får läsa din digitala journal?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Kontaktuppgifter till tidigare vårdgivare</p> <p>Namn Telefonnummer</p>
--	--

Vilka skolor har du fullföljt?

- Grundskola
- Grundsärskola
- Gymnasieskola
- Gymnasiesärskola
- Annan uppgift

Varför söker du hjälp hos Habiliteringen?

Kommunikation

Språk	Behov av tolk?
Kommunikationssätt (t.ex tal, bilder, tecken)	

Har du några hjälpmedel? Vilka?

Ange om någon hjälpt dig fylla i remissen	Namn
	Telefonnummer
	Relation
Vem ska vi kontakta vid behov?	Namn
	Telefonnummer
	Relation

Sökandes namnteckning

Datum

.....

.....

Remissen skickas till:

Habiliteringen i Karlskrona
Adress:
Habilitering
Blekingesjukhuset
Vårdskolevägen 3
371 41 Karlskrona

Habiliteringen i Karlshamn
Adress:
Habiliteringen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn