Egenremiss till vuxenhabiliteringen i Blekinge

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	c/o Adress
Postnummer	Ort
Telefonnummer	Boendeform
Skola/arbetsplats/sysselsättning	God man/Förvaltare
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 ditt behov av stöd från habiliteringen:

_____

_____

_____

_____

_____

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

Samtycker du till att vi får läsa din journal från andra vårdgivare (ex. BUP, vuxenpsykiatrin, vårdcentral)?

☐ Ja

☐ Nej

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:

Karlskrona
Vuxenhabilitering
Blekingesjukhuset
Vårdskolevägen 3
371 41 Karlskrona

Karlshamn
Vuxenhabiliteringen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn