



**Vad behöver du/ditt barn hjälp med?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Har vi tillåtelse att beställa journalkopior från annan vårdgivare?**

Ja  Nej

**Finns behov av tolk?**

Ja  Nej

Språk:.....

Om handlingar finns från tidigare utredningar t.ex läkarintyg, psykologbedömning, var vänlig bifoga dessa.

Namn-teckning.....

Namn-förtydligande.....

Datum.....

Remissen skickas till

Barnhabiliteringen Varberg  
Hallands sjukhus Varberg  
432 81 Varberg  
0340-48 17 45