Region Halland
Habiliteringen

Egenremiss till Barnhabiliteringen Kungsbacka

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer
Ort	Telefon hem Mobil
Föräldrar/vårdnadshavares namn	Förskola/skola

Har du tidigare sökt för barnets svårigheter?

☐ Ja ☐ Nej Var?.....

Beskriv barnets svårigheter

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

Namnteckning……

Namnförtydligande……

Datum……

Remissen skickas till

Remissen skickas till
Habiliteringen Kungsbacka
Hallands sjukhus Kungsbacka
434 80 Kungsbacka
Tfn 0300 – 56 51 88