

Egenremiss till Vuxenhabiliteringen i Kungsbacka

**Personuppgifter**

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

**Har du haft kontakt med Habiliteringen tidigare?**

- Nej
- Ja, med Barn- och ungdomshabiliteringen
- Ja, med Vuxenhabiliteringen

Diagnos	Bifoga journalkopia eller annat som styrker diagnos <input type="checkbox"/>
---------	--

**Kommunikation**

Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk
Använder AKK (Alternativ kommunikation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kommunikationssätt (t.ex bilder, tecken)

**Har du kontakt med andra vårdgivare**

- Nej
- Ja      Vilka?.....

Får vi tillåtelse att beställa journalkopior från andra vårdgivare?     Ja     Nej

**Beskriv dina svårigheter**

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

**Beskriv behovet av hjälp**

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

Vad har du för hjälp idag (t.ex assistans, boendestöd, kommun/socialtjänst)?

.....

Remissen är skriven med hjälp av

God man     Annan .....    Namn.....

**Du får gärna ta med dig anhörig eller annan person till första besöket.**

Sökandes namnteckning

.....

Datum.....

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