

## Egenremiss till Vuxenhabiliteringen i Blekinge

### 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, med Barn- och ungdomshabiliteringen
- Ja, med vuxenhabiliteringen
- Nej
- Vet inte

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

### Har du haft kontakt med andra vårdgivare?

- Ja
- Nej

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

**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)	

<b>Har du några hjälpmedel? Vilka?</b>

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**

Habilitering  
Blekingesjukhuset  
Vårdskolevägen 3  
371 41 Karlskrona

**Eller Karlshamn**

Habiliteringen  
Blekingesjukhuset  
374 80 Karlshamn