

# Remiss till Habiliteringen, avdelning barn i Blekinge län

Barn och ungdomar 0 - 18 år med frågeställning rörande:

- intellektuell funktionsnedsättning/utvecklingsstörning, autismspektrumtillstånd och/eller rörelsehinder till följd av medfödd eller förvärvad skada/sjukdom
- psykomotorisk utvecklingsförsening av sådan grad att en utvecklingsstörning kan misstänkas föreligga

Remissdatum: .....

Avdelning:  öst (Karlskrona, Ronneby)  
 väst (Karlshamn, Sölvesborg, Olofström)

## Avsändare

## Remissen gäller

Namn	Namn
Verksamhet	Personnummer
Adress	Adress
Telefon	

## Förälder

## Förälder

Namn	Namn
Personnummer	Personnummer
Adress	Adress
Telefon hem	Telefon hem
Mobilnummer	Mobilnummer
Vårdnadshavare: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har vårdnadshavare godkänt remissen: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Har vårdnadshavare godkänt remissen: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ev. annan vårdnadshavare, namn	
Adress	
Telefon hem	Mobilnummer
Behov av tolk: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:	

Smitta/MRSA: Nej  Ja  Vad:

## Förskola/skola

Namn	Avdelning/Klass
Kontaktperson	Telefon

## Frågeställning

--	--

**Ge en kortfattad beskrivning av barnets fungerande i olika miljöer, barnets styrkor och svårigheter. Vad föranleder er oro?**

Barnets ev. fastställda diagnos/funktionsnedsättning:	
Förälders/närståendes syn på barnets fungerande (ex. <i>tall/språk/kommunikation, samspel, lek, uppmärksamhet, aktivitetsnivå, fin- och grovmotorik, påverkan på familjen</i> ):	
Ev. barnets eller ungdomens syn på svårigheterna:	
Förskolas/skolas beskrivning av barnet: <i>- hur fungerar samspelet med andra barn?</i> <i>- när barnet målen i skolan?</i>	
Remitterande instans syn på barnet (observationer/status vid mottagningsbesök):	
Annan viktig information, ex. familj, språk, ärftlighet, sjukdomar, funktionsnedsättningar:	

**Aktuella/planerade åtgärder från skola, förskola, socialtjänst, hälso- och sjukvård**

Tidigare bedömning/utredning/utlåtande: Observera att remissen behöver innehålla så mycket som möjligt av pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta.	Utfört			
	Ja	Datum	Nej	Bifogas
Medicinsk undersökning	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogisk bedömning	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologbedömning	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnpsykiatrisk bedömning (BUP)	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logoped	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan utredning	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort och datum .....

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande och befattning