

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 (<i>ex. tal/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