



Barn- och ungdoms- habiliteringen Ludvika

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum: _____

Om du vill söka vård ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom två veckor så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Barnets namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral

Vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas personuppgifter (obligatoriskt för barn under 13 år)

Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Gemensam vårdnad	Enskild vårdnad	Mor Far
		Har båda samtyckt till egen vårdbegäran? Ja Nej

Lämna en kort beskrivning av vad ni vill ha hjälp med. Finns tidigare utredningar var snäll och bifoga kopior på dessa i ansökan		
Har barnet/ungdomen någon av följande diagnoser?	Utvecklingsstörning Autismspektrumtillstånd	Rörelsehinder Inget av alternativen
Kontrolleras barnet/ungdomen regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken sjukdom:	Ja	Nej
Tar barnet/ungdomen mediciner regelbundet? Om ja, vilka mediciner:	Ja	Nej
Godkänner du att vi tar del av barnets/ungdomens journal från annan vårdgivare? Om ja, ange vårdgivare:	Ja	Nej

Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning	
Språktolk. Språk:	Teckenspråkstolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk

Skickas till
Barn- och ungdomshabiliteringen Ludvika Ludvika lasarett 771 81 LUDVIKA

Kom ihåg att skriva under!



Vårdhavarnas underskrifter

UTGÅVA 201601

Ort och datum

Namnteckning

Ort och datum

Namnteckning