



REMISS
till Vuxenhabiliteringen i Örebro län

Remiss inkom

Datum.....

Remissen skall ske i samverkan med den sökande.

Remittent, namn o adress		Personnr												
.....		Namn												
.....		Adress												
.....		Telefon												
Behov av tolk Språk:														
Diagnos, funktionshindrets art och grad. Befintliga hjälpmedel. Bifoga relevanta journalanteckningar och utredningar.														
<table border="1"> <tr> <td> <p>Rörelseförmåga</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp <input type="checkbox"/> rullstol</td> <td> <p>Av-/påklädning</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp</td> <td> <p>Toalettbesök</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp</td> <td> <p>Syn</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt</td> <td> <p>Kommunikationsförmåga</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt</td> </tr> <tr> <td> <p>Personlig hygien</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp</td> <td> <p>Måltider</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp</td> <td> <p>Orientering tid pers rum</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> delvis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ringa</td> <td> <p>Hörsel</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt</td> <td></td> </tr> </table>					<p>Rörelseförmåga</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp <input type="checkbox"/> rullstol	<p>Av-/påklädning</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Toalettbesök</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Syn</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt	<p>Kommunikationsförmåga</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt	<p>Personlig hygien</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Måltider</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Orientering tid pers rum</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> delvis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ringa	<p>Hörsel</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt	
<p>Rörelseförmåga</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp <input type="checkbox"/> rullstol	<p>Av-/påklädning</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Toalettbesök</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Syn</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt	<p>Kommunikationsförmåga</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt										
<p>Personlig hygien</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Måltider</p> <input type="checkbox"/> utan hjälp <input type="checkbox"/> med lite hjälp <input type="checkbox"/> med mycket hjälp	<p>Orientering tid pers rum</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> delvis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ringa	<p>Hörsel</p> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> något nedsatt <input type="checkbox"/> starkt nedsatt <input type="checkbox"/> helt nedsatt											

Vgv

Social situation (civilstånd, bostad, sysselsättning, ekonomi, samhällsservice)

Beskrivning av behov:

Om personen ej har något aktuellt behov ange här om hon/han (eventuellt genom företrädare) själv kan ta initiativ då behov uppstår: Ja Nej

Aktuella sjukvårdskontakter:

Tgo kuugp "unt ku'k%gtgpunqo o gmg'o gf "r cvkpvpp0

Jag samtycker till att journalkopior får rekvireras från kliniker/verksamheter där jag haft kontakt: Ja
P gl'.....

Sökandes eller i förekommande fall företrädares underskrift

.....

Denna remiss skickas till Vuxenhabiliteringen
 (se nedanstående adress):
 Vuxenhabiliteringen
 Box 1613
 701 16 Örebro

Besöksadress:
 Folkungagatan 33
 Tfn: 019- 602 94 00 (kl. 8-12 och 13-14:30)