

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Vuxenhabiliteringen



Sida 1 (2)

Egen vårdbegäran till vuxenhabiliteringen, Region Skåne

Remiss till enhet

| Nordvästra Skåne | Nordöstra Skåne | Mellersta Skåne | Sydvästra Skåne | Södra Skåne |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Ängelholm | Hässleholm | Lund | Malmö | Trelleborg |
| Helsingborg | Kristianstad | | | Ystad |

Anmälan avser/personuppgifter

| | |
|-----------------|--------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | C/o adress |
| Postnummer | Ort |
| Telefon | Mobiltelefon |
| Telefon, arbete | |

Kontaktuppgifter till god man eller förvaltare

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------|------------|
| Finns god man/förvaltare | Ja | Nej | |
| Namn | I egenskap av | God man | Förvaltare |
| Adress | Postnummer | Ort | |
| Telefon | Mobiltelefon | | |

Annan person som kan kontaktas

| | | |
|---------|--|-----|
| Namn | I egenskap av/relation (till exempel förälder, personal) | |
| Adress | Postnummer | Ort |
| Telefon | Mobiltelefon | |

Kommunikation

| | | | |
|--|----|-----|---|
| Behov av tolk | Ja | Nej | Språk |
| Behov av AKK (alternativ kommunikation) | Ja | Nej | Kommunikationssätt (till exempel tecken, Bliss) |

| |
|--------------|
| Personnummer |
|--------------|

Boende

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Boende med särskild service | Namn på boendet |
| Eget boende | Annat boende |

Skola, arbetsplats eller daglig verksamhet

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Skola | Namn på skolan |
| Arbetsplats | Namn på arbetsplatsen |
| Daglig verksamhet | Namn på daglig verksamhet |
| Arbetssökande | Annan sysselsättning |

Diagnos max 2 rader

Med egenanmälan skickar du ett intyg eller annat underlag som styrker din diagnos. Har du varit patient hos vuxenhabiliteringen tidigare behöver du inte skicka in intyg eller underlag.

| |
|--|
| |
|--|

Beskrivning av funktionsnedsättning max 6 rader

| |
|--|
| |
|--|

Beskriv behovet av habilitering max 6 rader

| |
|--|
| |
|--|

Övriga upplysningar max 6 rader

| |
|--|
| |
|--|

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____