

Habiliteringen Östergötland

Egenremiss till intensivträningsperiod, Länsteamet

Personuppgifter:

Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Postadress	
Telefon bostad/mobil		
Behov av tolk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Språk	

Diagnos: _____

- Jag bifogar handlingar som styrker diagnosen
- Diagnos finns i journal, jag godkänner att habiliteringen söker fram diagnosen i min journal

Nuvarande förmågor:

Grovmotoriskt (exempelvis sittande, stående, gående):

Finmotoriskt (exempelvis gripa, släppa):

ADL Aktiviteter i dagliga livet (exempelvis av- och påklädning):

Språkligt (exempelvis tal, alternativ kommunikation, språkförståelse):

I grupp (exempelvis ta instruktion i grupp/individuellt, koncentration, samspel med andra):

Postadress

Region Östergötland
Habiliteringen i Linköping, Länsteamet
581 85 Linköping

Telefon

010-103 70 07 (rec.)

Fax

010-103 24 09

E-post

buhnsc@regionostergotland.se

Annat som är bra att ta hänsyn till:

Jag/mitt barn vill främst träna (flera alternativ kan väljas):

- grovmotorik (exv. sittande, stående, gående)
- finmotorik (exv. gripa, släppa)
- aktiviteter i dagliga livet (exv. av- och påklädning)
- språk (exv. alternativ kommunikation, språkförståelse)

Jag tillåter att handlingar som behövs i behandlingen får inhämtas från:

Kommun/skola/socialtjänst:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Handlingar:
Sjukvård:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Handlingar:
Andra myndigheter:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Handlingar:
<input type="checkbox"/> Jag är införstådd med att jag när som helst kan ta tillbaka detta medgivande			

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Remissen skickas till:

Region Östergötland
Habilitering i Linköping, Länsteamet
581 85 Linköping

Postadress

Region Östergötland
Habiliteringen i Linköping, Länsteamet
581 85 Linköping

Telefon

010-103 70 07 (rec.)

Fax

010-103 24 09

E-post

buhnsc@regionostergotland.se

Om den sökande är under 18 år:

Uppgifter om vårdnadshavare/anhöriga:

Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Namn		Namn	
Adress		Adress	
Postnummer Ort		Postnummer Ort	
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon bostad	Telefon arbete
Mobiltelefon		Mobiltelefon	
Vårdnadshavare	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Datum

Datum

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Om inte alla vårdnadshavare har skrivit under anges orsaken här:

I och med att ansökan om insatser inkommer sker registrering i Region Östergötlands digitala journalsystem.

Skriv ut remissen, skriv under och skicka till:

Region Östergötland
Habilitering i Linköping, Länsteamet
581 85 Linköping

Postadress

Telefon

Fax

E-post

Region Östergötland
Habiliteringen i Linköping, Länsteamet
581 85 Linköping

010-103 70 07 (rec.)

010-103 24 09

buhnsc@regionostergotland.se