

REMISS/Konsultationsförfrågan angående kommunikationshjälpmedel

Skriv ut remissen och skicka till:

**Hjälpmedelsservice
Region Värmland
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad**

Telefon: 054-61 71 52

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Telefon anhörig

Remittent

Datum

Remittent

Befattning

Adress

Telefon

Underskrift

Medicinsk diagnos

Anamnes – Hälsa-och sjukdomshistoria

Synfunktioner

Hörselfunktioner

Handens finmotoriska användning

Psykiska funktioner (kognitiv funktion, uppmärksamhet, minne, omdöme.)

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner (huvudkontroll, bålstabilitet, hand-, fot-, benfunktion. Även felställningar, spasticitet, tremor)

Kommunikation

Kommunicera – vara mottagare

Kommunicera – vara sändare

Logopedkontakt Nej Ja Namn på logoped

Tidigare hjälpmedel som varit provade

Frågeställning

Målsättning (var och i vilka sammanhang ska hjälpmedlet användas)

Tolkbehov Nej Ja Språk