

Skriv ut remissen och skicka till:

**Hjälpmedelsservice  
Landstinget i Värmland  
Östanvindsgatan 14  
652 21 Karlstad**

**Telefon: 054-61 71 52**

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Telefon anhörig

### **Förskrivare**

Datum

Remittent

Befattning

Adress

Telefon

Underskrift

### **Medicinsk diagnos**

### **Anamnes – Hälsa-och sjukdomshistoria**

### **Synfunktioner**

### **Hörsel-funktioner**

### **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**

**Bedömning av hjälpmedelsbehov omgivningskontroll till**

Telefon

TV/DVD

Ljudanläggning

**Tidigare hjälpmedel inom omgivningskontroll som varit provade**

**Frågeställning**

**Målsättning** (var och i vilka sammanhang ska hjälpmedlet användas)

**Tolkbehov**

Nej

Ja

Språk