

Vuxenhabiliteringen

Reception telefon: 010-831 40 72

Vårdbegäran till Vuxenhabiliteringen

Obligatoriska uppgifter markerade med *.

DATUM:

*Namn på remittent/Inremitterande verksamhet: Adress: Telefon:	Till: Vuxenhabiliteringen Drottninggatan 27 652 25 Karlstad
--	--

Personuppgifter

*Patientens namn	*Personnummer
*Utdelningsadress	Telefon (även rikt): arbetet
*Postnummer och postort	*Telefon (även rikt): bostaden, mobil
Närmast anhörig, adress Namn och relation till den sökande ex. make/maka/partner, sambo	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil
God man, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil

För att få hjälp av Vuxenhabiliteringen krävs ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppstillhörighet (se under medicinsk diagnos) samt habiliteringsbehov som motiverar insats på specialistnivå.

Åtgärder ges till patient och nätverk och kompletterar insatser från övrig hälso- och sjukvård samt andra samhällsaktörer.

*** = Obligatoriska uppgifter.**

*Frågeställning:
*Hälsoproblem: Remittentens bedömning.

Vuxenhabiliteringen

Reception telefon: 010-831 40 72

--

***Medicinsk diagnos:**

Finns det en sammanhållen utredning vill vi ha den i sin helhet. Saknas detta vill vi ha en sammanfattning av utredning med diagnossättningen från utredande verksamhet.

Vuxenhabiliteringens målgrupper

- 1 Intellektuell funktionsnedsättning
- 2 Autismspektrumstillstånd
- 3 Förvärvad hjärnskada som medfört begåvningsmässig funktionsnedsättning bedömt personkrets 2
- 4 Rörelsehinder förvärvat före 16 års ålder

***Anamnes – Hälso- och sjukdomshistoria:**

***Pågående utredning/ behandling:**

Har patienten nyligen genomgått somatisk undersökning?

***Planerade åtgärder:**

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner:

- Felställningar/muskeltonus/styrka.
- Rörelseförmåga, viljemässig såväl som icke viljemässig.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Förflyttning:

- Ändring av position, förflyttning inom och utomhus.
- Behov av hjälpmedel eller stöd från annan person.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Psykiska funktioner:

- Kognitiva förmågor.
- Psykiskt mående (nedstämdhet, ångest, psykos, suicidtankar/-risk etc).
- Stresshantering.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Social situation:

Sammanfatta patientens sociala situation inkl. familj, närstående, boende, arbete/sysselsättning, försörjning, ev. missbruk m.m.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Vuxenhabiliteringen

Reception telefon: 010-831 40 72

Kommunikation:

- Beskrivning av personens kommunikation (tal, tecken, bilder etc.).
- Tolkbehov

Bifoga bedömningar/utredningar

ADL:

- Beskrivning av hur personen klarar av att sköta personlig hygien, på/avklädning mm.
- Beskrivning av hur personen klarar av att sköta sina vardagssysslor.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Sinnesfunktioner:

- Syn, smak, hörsel, känsel, samt smärtförmågor.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Perceptuella funktioner:

Ange om personen har en känslighet för sinnesintryck som påverkar fungerandet i vardagen, t.ex. ljuskänslighet, känslighet för beröring/material i kläder, svårighet att hantera röriga miljöer etc.

Bifoga bedömningar/utredningar.

Hjälpmedel:

- Ortopedtekniska hjälpmedel, t.ex. korsett, fothylsor.
- Kognitiva hjälpmedel.
- Hjälpmedel för kommunikation.
- Hjälpmedel för att genomföra ADL.

***LSS-beslut:**

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade arbetades fram för att säkra rättigheter för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder, ej beroende på normalt åldrande, och påtagliga svårigheter i vardagen.

Har personen beslut om råd och stöd enligt LSS?

Finns beslut om andra insatser från LSS?

***Yrkesutövare inom Hälso- och Sjukvård:**

Uppge kontakter med läkare och/eller andra professioner.

***Andra yrkesutövare:**

Ange vilka aktuella kontakter personen har med olika myndigheter, t.ex. socialförvaltning, biståndshandläggare, arbetsförmedling, försäkringskassa, polis/kriminal/frivård.

Vuxenhabiliteringen

Reception telefon: 010-831 40 72

***Enkel läkemedelsgenomgång:**

Förteckning över läkemedelsordinationer, förskrivna läkemedel, biverkningar.
Har ändring av läkemedel nyligen gjorts?

***Tolkbehov**

***Kallelsesätt:**

Anhörig, god man eller annan vårdgivare.

***Vem lämnar ytterligare information:**

Personen själv, anhörig, god man, remittent eller annan.

***Patienten har godkänt att remissen skickas:**

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Yrkestitel