

**REMISS/Konsultationsförfrågan angående kommunikationshjälpmedel**

Skriv ut remissen och skicka till:

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

**Telefon: 010-831 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