

REMISS/Konsultationsförfrågan avseende kognitionshjälpmedelPersonnummer Namn **Förskrivare**Datum Remittent Befattning Adress Telefon Underskrift

Skriv ut remissen och skicka till:

**Hjälpmedelsservice
Region Värmland
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad****Telefon: 010-831 71 52****Medicinsk diagnos****Anamnes – Hälsa- och
sjukdomshistoria**

Har egen smartphone? Ja Nej

Operativsystem på smartphone? Android iOS

Motivera val av hjälpmedel

Personligt stöd och personliga relationer

Beskrivning av personens/brukarens funktioner och kognitiva funktioner

Handens finmotoriska användning

Synfunktioner

Hörselfunktioner

Organisering och planering

Uppmärksamhetsfunktion

Minnesfunktioner

Kalkylering (klarar att hantera matematiska symboler och processer ex. pengar)

Tidigare hjälpmedel som varit provade

Frågeställning (var och i vilka sammanhang skall hjälpmedlet användas)

Målsättning med hjälpmedlet

Tolkbehov Nej

Ja

Språk