

Skriv ut remissen och skicka till:

Personnummer

Namn

**Hjälpmedelsservice
Region Värmland
Östanvindsgatan 14
652 21 Karlstad****Telefon: 054-61 71 52****Förskrivare**

Datum

Remittent

Befattning

Adress

Telefon

Underskrift

Medicinsk diagnos**Anamnes – Hälso- och sjukdomshistoria****Typ av handdator**

Handi inkl. hårdvara

Handi programvara

Comai inkl. hårdvara

Comai programvara

Vet ej

Har egen smartphone

Ja

Nej

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

Tidsplanering

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

Tolkbehov

Nej

Ja

Språk