

Vårdbegäran till Vuxenhabiliteringen

Obligatoriska uppgifter markerade med *.

DATUM:

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

Personuppgifter

*Sökandes namn	*Personnummer
*Utdelningsadress	Telefon (även rikt): arbetet
*Postnummer och postort	*Telefon (även rikt): bostaden, mobil
Närmast anhörig/förälder/vårdnadshavare, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil
God man, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil

Patientens förväntningar:**Hälsoproblem:*****Medicinsk diagnos:*****Pågående utredning/ behandling:*****Planerade åtgärder:**

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner:

Förflyttning:

Psykiska funktioner:

Social situation:

Kommunikation:

ADL:

Sinnesfunktioner:

Perceptuella funktioner:

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

***Patientens läkemedelslista:**

Hjälpmedel:

***Andra yrkesutövare:**

***LSS-beslut:**

***Om inte kallelsen kan gå direkt till patienten vem är mottagare av kallelsen:**

***Vem lämnar ytterligare information:**

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

Underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Yrkestitel