

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Habiliteringsmottagning vuxna



Sida 1 (2)

Egen vårdbegäran till habiliteringsmottagning vuxna, Region Skåne

Remiss till mottagning

Nordvästra Skåne	Nordöstra Skåne	Mellersta Skåne	Sydvästra Skåne	Södra Skåne
Ängelholm	Hässleholm	Lund	Malmö	Trelleborg
Helsingborg	Kristianstad			Ystad

Anmälan avser/personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	C/o adress
Postnummer	Ort
Telefon	Mobiltelefon
Telefon, arbete	

Kontaktuppgifter till god man eller förvaltare

Finns god man/förvaltare	Ja	Nej		
Namn	I egenskap av		God man	Förvaltare
Adress	Postnummer	Ort		
Telefon	Mobiltelefon			

Annan person som kan kontaktas

Namn	I egenskap av/relation (till exempel förälder, personal)		
Adress	Postnummer	Ort	
Telefon	Mobiltelefon		

Kommunikation

Behov av tolk	Ja	Nej	Språk
Behov av AKK (alternativ kommunikation)	Ja	Nej	Kommunikationssätt (till exempel tecken, Bliss)

Personnummer

Boende

Boende med särskild service	Namn på boendet
Eget boende	Annat boende

Skola, arbetsplats eller daglig verksamhet

Skola	Namn på skolan
Arbetsplats	Namn på arbetsplatsen
Daglig verksamhet	Namn på daglig verksamhet
Arbetssökande	Annan sysselsättning

Diagnos max 2 rader

Med egenanmälan skickar du ett intyg eller annat underlag som styrker din diagnos. Har du varit patient hos habiliteringen tidigare behöver du inte skicka in intyg eller underlag.

--

Beskrivning av funktionsnedsättning max 6 rader

--

Beskriv behovet av habilitering max 6 rader

--

Övriga upplysningar max 6 rader

--

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____