

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Hörsel- och tinnitusmottagningar vuxna

REMISS

Datum för remissbeslut

Remiss till Hörsel- och tinnitusmottagningar vuxna

Patientuppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Behov av tolk

Språk eller typ av tolk

Ja

Nej

Remiss i samråd med patient

Ja

Nej

Sysselsättning/arbete

Arbete/annan sysselsättning

Patienten är sjukskriven

Ja

Nej

Sjukskrivningsgrad i procent

%

Sjukdomshistorik

Funktionsnedsättning/tillstånd för remiss (måste vara varaktig)

Varaktig hörselnedsättning

Varaktig tinnitus

Fullständigt audiogram (luft-och benledning). Maximalt 1 år gammalt.

Datum

Finns i Auditbase

Bifogas

Öronstatus. Maximalt 1 år gammalt.

Datum

Höger

Vänster

Medicinskt utredd hos öronläkare. (Obligatoriskt vid tinnitus).

Datum

Utredning och resultat

Eventuellt pågående relevant behandling/kontakt

Varför finns behov av utvidgad rehabilitering?

Beskriv hur patienten fungerar i vardagen och vilka svårigheter som tinnitus/hörselnedsättning skapar. Ge konkreta exempel.

Önskad åtgärd

Remitterande (fullständig adress)

Namn läkare

Mottagning

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Enhetsbeteckning Pasis

Remiss skickas till: Hörsel- och tinnitusmottagningar vuxna
Carl Gustafsväg 46
214 21 MALMÖ