

**Remiss till Habiliteringsmottagning barn och unga**

Remissdatum:

**PATIENTUPPGIFTER**

<b>Namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Patienten är informerad om remissen</b>		<b>Behov av tolk</b>	
JA    NEJ		JA    NEJ	
		<b>Språk</b>	
<b>Patientens inställning till remissen</b>			

**KONTAKTUPPGIFTER**

<b>Förälder</b>		<b>Förälder</b>	
<b>Namn</b>		<b>Namn</b>	
<b>Adress</b>		<b>Adress</b>	
<b>Personnummer</b>	<b>Telefon</b>	<b>Personnummer</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vårdnadshavare</b>		<b>Vårdnadshavare</b>	
JA    NEJ		JA    NEJ	
<b>Vårdnadshavare godkänt remiss</b>		<b>Vårdnadshavare godkänt remiss</b>	
JA    NEJ		JA    NEJ	
		<b>Språk</b>	
<b>Eventuellt familjehem</b>			
<b>Namn</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Adress</b>			

**ANDRA KONTAKTER** t.ex. socialtjänst

<b>Verksamhet</b>		<b>Namn</b>	
<b>Telefon</b>	<b>E-postadress</b>		

**KONTAKTUPPGIFTER REMITTENT**

<b>Namn</b>		<b>Verksamhet</b>	
<b>Titel eller yrke</b>	<b>Adress</b>		
<b>Telefon</b>	<b>E-postadress</b>		

**DIAGNOS MED DIAGNOSNUMMER ENLIGT ICD10\***

--

\*Målgrupp för habiliteringsmottagningar barn och unga är barn och unga 0-17 år med varaktig funktionsnedsättning som beror på sjukdom eller skada inom nerv-, muskel- eller skelettsystemet eller är en följd av någon eller flera av följande diagnoser: Intellektuell funktionsnedsättning, autism eller rörelsenedsättning. Funktionsnedsättningen ska vara medfödd eller förvärvad före 17 års ålder.

**ÖVRIGA DIAGNOSER AV BETYDELSE** t.ex. F900B ADHD, G40 epilepsi, F32 depressiv episod, Z931 gastrostomi

--

**UNDERLAG FÖR REMISS**

<b>Beskriv vardagsfungerande</b> motorik, kommunikation och samspel, personlig vård t.ex. sömn		
<b>Kring vilka svårigheter behöver patienten insatser</b>		
<b>Familjens situation</b> familjeförhållande gällande barnet		
<b>Genomförda och planerade insatser hos remittent</b> medicinering, andra utredningar, övrig behandling		
Skrivit läkarutlåtande för omvårdnadsbidrag		
<b>Utredningsresultat som styrker diagnos</b>		
Medicinska undersökningar	Bifogas	Se Melior datum
Utvecklingsbedömning	Bifogas	Se Melior datum
Psykologutredning	Bifogas	Se Melior datum
Motorisk bedömning	Bifogas	Se Melior datum
Tal- och språkbedömning	Bifogas	Se Melior datum
Övriga bedömningar och undersökningar	Bifogas	Se Melior datum

---

 Ort och datum

---

 Underskrift inremitterande

---

 Namnförtydligande inremitterande