

Dokumenttyp Formulär	Ansvarig verksamhet Habilitering, syn och hjälpmedel	Version 1	Antal sidor 5
Dokumentägare Åsa Lif Enhetschef	Fastställare Lena Gjevert Hälsa- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2024-08-16	Giltig t.o.m. 2026-08-16

Vårdbegäran till Vuxenhabiliteringen -lathund

Gäller för: Hälsa- och sjukvård

Obligatoriska uppgifter markerade med *.

DATUM:

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

Personuppgifter

*Patientens namn	*Personnummer
*Utdelningsadress	Telefon (även rikt): arbetet
*Postnummer och postort	*Telefon (även rikt): bostaden, mobil
Närmast anhörig, adress Namn och relation till den sökande ex. make/maka/partner, sambo	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil
God man, adress	Telefon (även rikt): arbete

För att få hjälp av Vuxenhabiliteringen krävs ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppstillhörighet (se under medicinsk diagnos) samt habiliteringsbehov som motiverar insats på specialistnivå.
Åtgärder ges till patient och nätverk och kompletterar insatser från övrig hälso- och sjukvård samt andra samhällsaktörer.

*** = Obligatoriska uppgifter.**

***Frågeställning:**

***Hälsoproblem:**

Remittentens bedömning.

***Medicinsk diagnos:**

Finns det en sammanhållen utredning vill vi ha den i sin helhet. Saknas detta vill vi ha en sammanfattning av utredning med diagnossättningen från utredande verksamhet.

Vuxenhabiliteringens målgrupper

1 Intellektuell funktionsnedsättning

2 Autismspektrumstillstånd

3 Förvärvad hjärnskada som medfört begåvningsmässig funktionsnedsättning bedömt personkrets 2

4 Rörelsehinder förvärvat före 16 års ålder

***Anamnes – Hälso- och sjukdomshistoria:**

***Pågående utredning/behandling:**

Har patienten nyligen genomgått somatisk undersökning?

<p>*Planerade åtgärder:</p>
<p>Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Felställningar/muskeltonus/styrka. -Rörelseförmåga, viljemässig såväl som icke viljemässig. <p>Bifoga bedömningar/utredningar.</p>
<p>Förflyttning:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ändring av position, förflyttning inom och utomhus. -Behov av hjälpmedel eller stöd från annan person. <p>Bifoga bedömningar/utredningar.</p>
<p>Psykiska funktioner:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kognitiva förmågor. -Psykiskt mående (nedstämdhet, ångest, psykos, suicidtankar/-risk etc). -Stresshantering. <p>Bifoga bedömningar/utredningar.</p>
<p>Social situation:</p> <p>Sammanfatta patientens sociala situation inkl. familj, närstående, boende, arbete/sysselsättning, försörjning, ev. missbruk m.m.</p> <p>Bifoga bedömningar/utredningar.</p>
<p>Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beskrivning av personens kommunikation (tal, tecken, bilder etc.). -Tolkbehov <p>Bifoga bedömningar/utredningar</p>
<p>ADL:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beskrivning av hur personen klarar av att sköta personlig hygien, på/avklädning mm. -Beskrivning av hur personen klarar av att sköta sina vardagssysslor.

Bifoga bedömningar/utredningar.
Sinnesfunktioner: -Syn, smak, hörsel, känsel, samt smärtförmåelser. Bifoga bedömningar/utredningar.
Perceptuella funktioner: Ange om personen har en känslighet för sinnesintryck som påverkar fungerandet i vardagen, t.ex. ljuskänslighet, känslighet för beröring/material i kläder, svårighet att hantera rörliga miljöer etc. Bifoga bedömningar/utredningar.
Hjälpmedel: Ortopedtekniska hjälpmedel, t.ex. korsett, fothylsor. Kognitiva hjälpmedel. Hjälpmedel för kommunikation. Hjälpmedel för att genomföra ADL.
*LSS-beslut: Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade arbetades fram för att säkra rättigheter för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder, ej beroende på normalt åldrande, och påtagliga svårigheter i vardagen. Har personen beslut om råd och stöd enligt LSS? Finns beslut om andra insatser från LSS?
*Yrkesutövare inom Hälso- och Sjukvård: Uppge kontakter med läkare och/eller andra professioner.
*Andra yrkesutövare: Ange vilka aktuella kontakter personen har med olika myndigheter, t.ex. socialförvaltning, biståndshandläggare, arbetsförmedling, försäkringskassa, polis/kriminal/frivård.
*Enkel läkemedelsgenomgång: Förteckning över läkemedelsordinationer, förskrivna läkemedel, biverkningar. Har ändring av läkemedel nyligen gjorts?
*Tolkbehov

*Kallelsesätt: Anhörig, god man eller annan vårdgivare.
*Vem lämnar ytterligare information: Personen själv, anhörig, god man, remittent eller annan.
*Patienten har godkänt att remissen skickas:

Underskrift

Ort och datum

Dokumentet är utarbetat av: Åsa Lif