

Dokumenttyp Remittentanvisning	Ansvarig verksamhet Habilitering, syn och hjälpmedel	Organisation Region Värmland	Version 2
Dokumentägare Åsa Lif Enhetschef	Fastställare Marianne Fleron Verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2026-03-27	Giltig t.o.m. 2028-03-26

## Konsultativ insats - remissmall

**Gäller för:** Habilitering, syn och hjälpmedel

För att kunna erbjudas insats av Vuxenhabiliteringen krävs:

- ett habiliteringsbehov på specialistnivå
- en bifogad kopia på utredning som styrker patientens diagnos/målgruppsstillhörighet
- samtycke från patient/företrädare

Obligatoriska uppgifter markerade med \*

Datum: .....

Remittent:	Till:
Adress:	Vuxenhabiliteringen Drottninggatan 27 652 25 Karlstad
Telefon:	

### Patientuppgifter

*Patientens namn	*Personnummer
*Adress	Telefon
Närmast anhörig, adress	Telefon
*God man/förvaltare, adress	*Telefon

## Övriga kontaktuppgifter

<b>Boende</b>  *Kontaktpersonal:  *Chef:	*Telefon
<b>Sysselsättning</b>  *Kontaktpersonal:  *Chef:	*Telefon
<p>*En konsultativ insats från vuxenhabiliteringen kräver att chef och hela personalgruppen kan samlas vid uppstart och uppföljning. Emellan dessa tillfällen behöver chef ge förutsättning för personal att arbeta med implementering och vidmakthållande av vuxenhabiliteringens rekommendationer.</p> <p>*Finns ovanstående förutsättningar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	

<b>*Medicinsk diagnos</b> (bifoga kopia på diagnostisk utredning)
<b>*Frågeställning</b>
<p><b>*Beskriv patientens behov av habiliterande insatser.</b> Beskriv problemet så konkret som möjligt.</p> <p>Vem är beteendet ett problem för (vem ber om hjälp)?</p>    <p>Hur länge har problemet funnits? Är problemet återkommande?</p>

I vilka situationer/miljöer uttrycker sig problemet?

Har något förändrats i personens miljö (t.ex. boende, sysselsättning, personligt stöd) som kan ha påverkat problembeteendet?

**\*Vilka andra insatser har prövats?** Till exempel handledning, insatser från kommunen, egna åtgärder inom verksamheten.

**\*Finns det andra pågående eller planerade insatser?** Till exempel handledning eller insatser från kommunen.

**\* Kan det finnas hälsfaktorer som orsakar beteendet?**

Har patienten nyligen genomgått en somatisk undersökning och munhälsobedömning?

Tar patienten några mediciner? Eventuella biverkningar? Har det skett en justering i patientens medicinering som kan ha orsakat beteendeförändringen?

**\*Patient/företrädare har gett samtycke att remissen skickas: Ja**

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Yrkestitel

**Utarbetad av: VUB-teamet**