



Barn- och ungdomshabiliteringen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

<i>Barnets - ungdomens personuppgifter:</i>		
Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral	
<i>Vårdnadshavarnas personuppgifter:</i>		
Vårdnadshavares namn	Telefon hem/mobiltelefon	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Vårdnadshavares namn	Telefon hem/mobiltelefon	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Vad önskar ni få hjälp med från Barn- och ungdomshabiliteringen?		
Beskriv barnets/ungdomens funktionsnedsättning och aktuella problem/behov.		
Vilka insatser har provats/är pågående inom hälso- och sjukvården eller kommun för att hjälpa barnet/ungdomen med det aktuella problemet/behovet? T ex barnmottagning, elevhälsoteam, BVC, ungdomsmottagning, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst...		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		

För att kunna bedöma vårdbegäran ska en utredning som styrker diagnos bifogas.

Underskrift

Vårdnadshavare

.....
Ort och datum.....
Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till:

Barn- och ungdomshabiliteringen, Remissgruppen
Halltorpsvägen 5-7
702 29 Örebro