

# Egenremiss (egen vårdbegäran) till habilitering

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer 12 siffror (ÅÅÅÅMMDD-XXXX) \_\_\_\_\_

På vilket telefonnummer kan vi nå dig?

Mitt telefonnummer \_\_\_\_\_ Närståendes telefonnummer \_\_\_\_\_ Namn och relation till närstående \_\_\_\_\_

Godkänner du att vi skickar en påminnelse via sms inför ditt första besök?  Ja  Nej

Har du haft kontakt med Habilitering & Hälsa tidigare?

Ja, Habilitering Barn och ungdom  Ja, Habilitering Vuxen  Nej  Vet inte

Godkänner du att vi inhämtar journalkopior från andra vårdgivare?  Ja  Nej

Om ja, ange vårdgivare som har relevant information: \_\_\_\_\_

Ange din diagnos/diagnoser: \_\_\_\_\_

Om möjligt ange vilken mottagning som diagnosen sattes vid: \_\_\_\_\_

Vilka svårigheter har du i din vardag och hur påverkar det dig: \_\_\_\_\_

Hur ofta upplever du dessa svårigheter i din vardag? \_\_\_\_\_  
(Exempel: dagligen, varje vecka, sällan)

Om möjligt ange hur lång tid tillbaka som du haft dessa svårigheter:  Några månader  Några år  Vet ej

Har du sökt hjälp för dessa svårigheter någon annanstans? \_\_\_\_\_  
(Exempel: vårdcentralen, kommunen)

**OBS! För att bedöma remissen behövs också en kopia på ett läkarintyg eller en psykologbedömning som styrker din diagnos.**

Om du behöver språktolk \_\_\_\_\_ Om du behöver tolkservice \_\_\_\_\_ Om du använder alternativ kommunikation \_\_\_\_\_

Har du skrivit remissen själv?  Ja  Nej Remissen är skriven av \_\_\_\_\_

Jag samtycker till att remissen skickas till Habilitering & Hälsa

Datum \_\_\_\_\_ Sökandes namnteckning \_\_\_\_\_