VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
HABILITERING & HÄLSA

Remiss till Dövblindteamet

Observera att patienten ska ha genomgått habilitering/rehabilitering inom både hörselteam barn/vuxna och på syncentral för att remissen ska behandlas.

Patientens personnummer:_____

Förnamn:_____

Efternamn:_____

Adress:_____

_____

Telefonnummer:_____

E-postadress:_____

Kontaktuppgifter till eventuell företrädare: (förälder, god man eller motsvarande)

_____

_____

Behov av tolk: Ja ☐ Nej ☐
Om ja, ange typ av tolkmetod: (även språktolk)

_____

Specifik frågeställning avseende patientens påtagliga svårighet gällande kommunikation, information, orientering/ förflyttning:

_____

_____

_____

_____

_____

Dokument som skall bifogas remissen:

☐ Journalkopior från Hörselverksamheten som inkluderar senaste vårdplan.

☐ Journalkopior från Synverksamheten som inkluderar senaste vårdplan.

☐ Audiogram

☐ Lista över förskrivna synhjälpmedel

☐ Synfält (om det finns tillgängligt, ange annars nedan var det går att rekvirera).

_____

Inremitterande verksamhet:

☐ Hörselteam barn/ungdom

☐ Hörselteam vuxna

☐ Syncentral

☐ Habilitering _____

Namn och kontaktuppgifter till remittent:

_____

_____

Remissdatum:_____

Patienten har gett sitt samtycke till att remiss skickas Ja ☐ Nej ☐

Övrigt:

_____

_____

_____

Remissen skickas till:
Dövblindteamet
Ekelundsgatan 8
411 18 Göteborg