

Datum:
Barnets personnummer:
Barnets namn:
Adress:
Telefonnummer till vårdnadshavare:

Vårdbegäran till CVI-utredningsteam

Orsak till vårdbegäran (inklusive medicinsk bakgrund, utveckling, funktion i vardag/förskola/skola):

Eventuell diagnos/diagnoser:

Tar barnet mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka:

SYN

Är synen undersökt på BVC/Elevhälsan? Ja, datum:

Vilken BVC/Elevhälsa?

Resultat:

Datum:
Barnets personnummer:
Barnets namn:
Adress:
Telefonnummer till vårdnadshavare:

Är synen undersökt av ögonläkare? Ja, datum

Vilken klinik?

Resultat:

Har barnet kontakt med Syncentralen? Om ja, vilken?

HÖRSEL

Är hörseln undersökt? Ja, datum:

Resultat

KOGNITION

Är utvecklingsbedömning gjord av psykolog? Ja, datum:

Om ja, metod och resultat:

Är neuropsykologisk bedömning gjord? Ja, datum:

Om ja, metod och resultat:

Datum:
Barnets personnummer:
Barnets namn:
Adress:
Telefonnummer till vårdnadshavare:

Har barnet kontakt med Habiliteringen? Ja, vilken?

Ansvarig läkare?

Eventuella övriga vårdkontakter:

Aktuell förskola/skola samt kontaktperson:

Övrig information, tolkbehov med mera:

Remissen utfärdad av:

Namn:

Tjänsteställe:

Datum:

Datum:
Barnets personnummer:
Barnets namn:
Adress:
Telefonnummer till vårdnadshavare:

Bifogas vårdbegäran:

Bedömning av ögonläkare
Svar CT-hjärna
Svar MR-hjärna
Psykologbedömning, inklusive index och deltest vid Wechsler-test
Neuropsykologisk bedömning
Bedömning Syncentral
Övrigt

Vårdbegäran skickas till:

Remissportalen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Torggatan 1 A, plan 2
431 35 Mölndal