

## Vårdbegäran till Vuxenhabiliteringen

Obligatoriska uppgifter markerade med \*.

DATUM:

*Namn/Inremitterande verksamhet:	Till:
Adress:	Vuxenhabiliteringen Drottninggatan 27 652 25 Karlstad
Telefon:	

### Personuppgifter

*Sökandes namn	*Personnummer
*Utdelningsadress	Telefon (även rikt): arbetet
*Postnummer och postort	*Telefon (även rikt): bostaden, mobil
Närmast anhörig/förälder/vårdnadshavare, adress	Telefon (även rikt): arbete
<b>Namn och relation till den sökande ex. make/maka/partner, sambo</b>	
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil
God man, adress	Telefon (även rikt): arbete
	Telefon (även rikt): bostaden, mobil

För att få hjälp av Vuxenhabiliteringen krävs ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppsstillhörighet (se under medicinsk diagnos) samt habiliteringsbehov som motiverar insats på specialistnivå. Åtgärder ges till patient och nätverk och kompletterar insatser från övrig hälso- och sjukvård samt andra samhällsaktörer.

**\* = Obligatoriska uppgifter.**

### \*Patientens förväntningar:

Patientens förväntning och Målsättning med insatsen.

Notera om även anhöriga har önskemål om en egen kontakt med Vuxenhabiliteringen. Om så är fallet behöver separat vårdbegäran skickas angående detta.

### \*Hälsoproblem:

Remittentens bedömning.

### \*Medicinsk diagnos:

För att få hjälp av Vuxenhabiliteringen krävs ett habiliteringsbehov på specialistnivå samt en kopia på utredning som styrker diagnos/målgruppsstillhörighet samt habiliteringsbehov som motiverar insats på specialistnivå. Åtgärder ges till patient och nätverk och kompletterar insatser från övrig hälso- och sjukvård samt andra samhällsaktörer.

Finns det en sammanhållen utredning vill vi ha den i sin helhet. Saknas detta vill vi ha en sammanfattning av diagnossättningen med bedömningar.

**Vuxenhabiliteringens målgrupper**

- 1 Intellectuell funktionsnedsättning
- 2 Autismspektrumstillstånd
- 3 Förvärvat hjärnskada som medfört begåvningsmässig funktionsnedsättning
- 4 Rörelsehinder förvärvat innan 16 års ålder

**\*Pågående utredning/ behandling:**

**\*Planerade åtgärder:**

**Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner:**

- Felställningar/muskeltonus/styrka.
- Rörelseförmåga, viljemässig såväl som icke viljemässig.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Förflyttning:**

- Ändring av position, förflyttning inom och utomhus.
- Behov av hjälpmedel eller stöd från annan person.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Psykiska funktioner:**

- Kognitiva förmågor.
- Psykiskt mående (nedstämdhet, ångest, psykos, suicidtankar/-risk etc).
- Stresshantering.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Social situation:**

Sammanfatta patientens sociala situation inkl. familj, närstående, boende, arbete/sysselsättning, försörjning, ev. missbruk m.m.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Kommunikation:**

- Beskrivning av personens kommunikation (tal, tecken, bilder etc.).
- Tolkbehov

Bifoga bedömningar/utredningar

**ADL:**

- Beskrivning av hur personen klarar av att sköta personlig hygien, på/avklädning mm.
- Beskrivning av hur personen klarar av att sköta sina vardagssysslor.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Sinnesfunktioner:**

- Syn, smak, hörsel, känsel, samt smärtförmågor.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**Perceptuella funktioner:**

Ange om personen har en känslighet för sinnesintryck som påverkar fungerandet i vardagen, t.ex. ljuskänslighet, känslighet för beröring/material i kläder, svårighet att hantera röriga miljöer etc.

Bifoga bedömningar/utredningar.

**\*Yrkesutövare inom Hälso- och Sjukvård:**

Uppge kontakter med läkare och/eller andra professioner.

**\*Patientens läkemedelslista:**

Förteckning över läkemedelsordinationer, förskrivna läkemedelsprodukter.

**Hjälpmedel:**

Ortopedtekniska hjälpmedel, t.ex. korsett, fothylsor.

Kognitiva hjälpmedel.

Hjälpmedel för kommunikation.

Hjälpmedel för att genomföra ADL.

**\*Andra yrkesutövare:**

Ange vilka aktuella kontakter personen har med olika myndigheter, t.ex. socialförvaltning, biståndshandläggare, arbetsförmedling, försäkringskassa, polis/kriminal/frivård.

**\*LSS-beslut:**

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade arbetades fram för att säkra rättigheter för personer med omfattande och varaktiga funktionshinder, ej beroende på normalt åldrande, och påtagliga svårigheter i vardagen.

Har personen beslut om råd och stöd enligt LSS?

Finns beslut om andra insatser från LSS?

**\*Om inte kallelsen kan gå direkt till patienten vem är mottagare av kallelsen:**

Anhörig, god man eller annan vårdgivare.

**\*Vem lämnar ytterligare information:**

Personen själv, anhörig, god man, remittent eller annan.

**\*Patienten har godkänt att remissen skickas:**

Personen har kännedom om och har godkänt att remissen skickas.

\_\_\_\_\_  
Underskrift

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

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Yrkestitel