

Remissmall för utredning av intellektuell funktionsnedsättning för personer över 18 år

Hitta i dokumentet

[Uppdaterat från föregående version](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Personnummer:

Namn:

Adress:

Telefon:

Remissdatum:

Ev företrädare, t ex god man förvaltare eller annan fullmakt:

Tidigare sjukdomar/funktionsnedsättningar – somatiska sjukdomar, synskada, hörselskada, rörelsehinder, CP-skada, skalltrauma, epilepsi, psykiska sjukdomar etc

Aktuell psykisk och somatisk status – psykiskt och somatisk status. Hörsel- och synundersökning? Pågående medicinsk behandling? Pågående utredningar? Differentialdiagnostiska hänsyn?

Hereditet – känd förekomst av intellektuell funktionsnedsättning, neuropsykiatriska funktionshinder (ADHD, Aspergers syndrom, autism) eller psykisk sjukdom i slkten

Graviditet och partus – födelsevecka, APGAR

Tidigare relevanta utredningar – finns utredningsutlåtanden från psykolog, specialpedagog, arbetsterapeut eller logoped? Andra tester? Tidigare inskriven i omsorgen?

Utbildning/skolgång – vanlig skola eller särskola, militärtjänst, körkort etc

Arbete/sysselsättning/försörjning – öppna marknaden, Samhall, lönebidrag, studiemedel, daglig verksamhet eller annan försörjning

Problembeskrivning, svårigheter i vardagen (nuvarande och tidigare) – beskrivning av problem och fungerande hos patienten som ger misstanke om intellektuell funktionsnedsättning

Social situation – familjeförhållanden, barn, bostad, sociala kontakter, nätverk etc

Bakgrund – uppväxtförhållanden, uppväxtort, tidig utveckling

Missbruk – alkohol, narkotika, läkemedel. OBS! Vid tidigare missbruk måste patienten ha varit dokumenterat drogfri i minst tre månader, helst mer.

Kriminalitet – omfattning, art

Särskilda behov i samband med besök – t ex behov av tolk (ange språk)

Sammanfattning av patientens huvudproblematik – huvudsyftet med en utredning, vad i vardagen skulle framförallt bli bättre om patienten fick en diagnos

Patientens egen inställning till utredning – det är viktigt att det framgår vad personen själv tror ska bli bättre i hans/hennes liv efter en utredning, använd formuläret i slutet av remissmallen

Samtyckesblankett att vuxenhabiliteringen får ta del av dokumentation från skola och sjukvård ska undertecknas av patienten och bifogas.

Datum:

Namn, titel:

Arbetsplats:

Telefon:

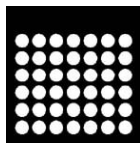
Underskrift:

Individens/patientens egen inställning till utredning avseende intellektuell funktionsnedsättning

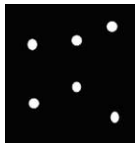
Här nedan finns fem påståenden med tre svarsalternativ till varje. Kryssa i det alternativ som passar bäst in på dig.

1. Jag har ofta svårt att klara min vardag

Stämmer mycket



Stämmer lite



Stämmer inte



2. Jag vill bli bättre på att förstå mitt fungerande

Stämmer mycket



Stämmer lite

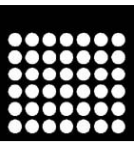


Stämmer inte

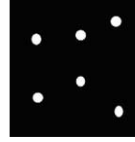


3. Jag behöver ofta hjälp av andra för att få min vardag att fungera

Stämmer mycket



Stämmer lite

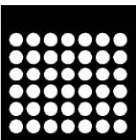


Stämmer inte

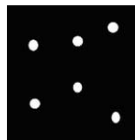


4. Jag tror att en utredning kan göra så att jag får det bättre i min vardag

Stämmer mycket



Stämmer lite



Stämmer inte



5. Jag tror att en utredning kan hjälpa mig att förstå mitt fungerande

Stämmer mycket

Stämmer lite

Stämmer inte

Samtycke för vuxenhabiliteringen att ta del av information och dokumentation från skola, sjukvård och andra myndigheter

För att kunna göra en utredning behöver vuxenhabiliteringen ta del av information och handlingar från skola, sjukvård och andra myndigheter.

Jag godkänner att vuxenhabiliteringen får ta del av information, beställa och läsa handlingar om mig från skola, sjukvård och andra myndigheter.

JA

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum och underskrift

Underskrift av ev företrädare, t ex god man förvaltare eller annan person med fullmakt

Namn: _____

Datum och underskrift

Ifylld blankett skickas beroende på var patienten bor till:

Halmstad, Hylte & Laholm

Vuxenhabiliteringen
Berghem
301 85 Halmstad

Telefon 035-13 42 57

Varberg & Falkenberg

Vuxenhabiliteringen
Hallands Sjukhus Varberg
432 81 Varberg

Telefon 0340-48 17 45

Kungsbacka

Vuxenhabiliteringen
Hallands Sjukhus Kungsbacka
434 80 Kungsbacka

Telefon 0300-56 51 88

Uppdaterat från föregående version

231107 Hämtat från vårdgivarwebben.