

Konsultation - Kognitionsteamet



Datum:

Patient:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Anhörig:

Förskrivare:

**Andra personer som är
inkopplade:**

Arbetsplats och adress:

Telefon:

Diagnos:

Funktionsnedsättning

- Fin- och grovmotorik:

- Förflyttning inne/ute:

- Syn/visuell perception:

- Hörsel/auditiv perception:

Kognition

- Minne:

- Tid- och planering:

| Förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning | | | |
|--|----------------|-----------------------------|----------------|
| Dokument-Id VARD-5-4117 | Version 3.0 | Godkänt datum 2016-03-29 | Sida 1 av 2 |

- Koncentration:
- Motivation:
- Inläring:

Kommunikation

- Kommunikationssätt:
- Tal- och språkförståelse:
- Läs- och skrivförmåga:
- Bildtolkning:

Beskriv problemet samt nuvarande och tidigare lösningar:

Vad är aktivitetsmålet?

Omgivningsfaktorer:

Övrigt:

**Remissen skickas till: Huvudsaken
Köpmangatan 37
972 33 Luleå**

| Förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning | | | |
|--|----------------|-----------------------------|----------------|
| Dokument-Id VARD-5-4117 | Version 3.0 | Godkänt datum 2016-03-29 | Sida 2 av 2 |