

## Konsultation - Kommunikationsteamet

Datum	Akut behov Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Patient	Rem personal:
Pers.nr:	Yrkestitel
Adress	Arbetsplats
Telefon	Adress
Anhörig/kontaktperson	Telefon
	Mail

### Diagnos:

### Funktionsnedsättning

- Fin- och grovmotorik:
  
- Förflyttning inne/ute:
  
- Syn/visuell perception:
  
- Hörsel/auditiv perception:

### Kognition

- Minne:
  
- Tid- och planering:
  
- 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:** Kommunikationsteamet  
Hjälpmiddelskonsulenter  
Länsenheten Särskilt Stöd  
Köpmangatan 37  
972 33 Luleå