Konsultation - Kognitionsteamet

Datum:

Patient:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Anhörig:

Förskrivare:

Andra personer som är inkopplade:

Arbetsplats och adress:

Telefon:

Diagnos:

Kognition

- Minne:
- Tid- och planering:
- Koncentration:
- Motivation:
- Inlärning:

Beskriv problemet samt nuvarande och tidigare lösningar:

Vad är aktivitetsmålet?

Omgivningsfaktorer:

Telefonmodell:

Kommunikation

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

Funktionsnedsättning

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

Övrigt:

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