



Remiss till Barn- och ungdomshabiliteringen i Örebro län

Barn- och ungdomshabiliteringen erbjuder specialiserad, tvärprofessionell habilitering och rehabilitering till barn och ungdomar med bestående funktionsnedsättningar, samt deras familjer.

Målgruppen är barn och ungdomar med funktionsnedsättning som är varaktig och som:

- antas påverka den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen
- kräver att stödet är sammansatt av flera kompetenser över tid
- kräver att stödet förenar kunskap om barns och ungdomars utveckling med kunskap om funktionsnedsättningar och om dess påverkan på utveckling och livsvillkor
- kräver att det vardagliga stödet kompletteras med fördjupad och specialiserad kunskap
- har behov av växlande men långsiktigt stöd från flera verksamheter som behöver samverka

Habilitering ges i form av medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser.

Det är främst barn och ungdomar med utvecklingsstörning, autismspektrumtillstånd, hörselnedsättning, grav synskada, rörelsehinder av olika slag, eller en kombination av dessa, som är aktuella för ett vårdåtagande på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Remissen fylls med fördel i elektroniskt.

Remissen ska dock av sekretess skäl inte skickas elektroniskt. Fullständig utredning måste bifogas remissen. Remissen behandlas inte förrän fullständig utredning finns att tillgå.

REMISS TILL BARN- OCH UNGDOMSHABILITERINGEN I ÖREBRO LÄN

Remissen skrivs i samråd med föräldrar

Datum

Remitterande verksamhet:Namn:
Adress:
Postadress:
Telefon:**Barnets namn:**Personnummer:
Adress:
Postadress:
Telefon:
LMA-nummer: *""(Giltigt till)***Förälder:**Personnummer:
Adress:
Postadress:
Telefon bost: arb:
Mobil:**Förälder:**Personnummer:
Adress:
Postadress:
Telefon bost: arb:
Mobil:Vårdnadshavare Ja NejVårdnadshavare Ja NejBehov av tolk Ja Språk:

Syskon: (ålder, kön)

Övrigt:**Barnomsorg/skola:**Andra remisser skickade: Nej Ja, till:**Pågående kontakt med t ex sjukvård/barnpsykiatri/Logopedi och foniatri/Elevhälsan:****Pågående kontakt med t ex socialtjänst/LSS/Försäkringskassan:**

Beskriv svårigheter och behov (se ”Information till remittent”):

Om möjligt, beskriv familjens förväntningar:

Sammanfattning av utredningsresultat/bedömningar (bifogas)

Medicinsk anamnes/Diagnos och diagnosnummer

Läkarbedömning utförd av:

Datum:

Social situation:

Social kartläggning utförd av:

Datum:

Utveckling:

Psykologbedömning utförd av:

Datum:

Tal och kommunikation:

Logopedbedömning utförd av:

Datum:

Motorik:

Sjukgymnastbedömning utförd av:

Datum:

ADL:

Arbetsterapeutbedömning utförd av:

Datum:

Inläarning:

Pedagogisk bedömning utförd av:

Datum:

Syn:

Synbedömning utförd av:

Datum:

Hörsel:

Hörselbedömning utförd av:

Datum:

BUH:s personal får ta del av journaler från annan vårdgivare Ja Nej

Skicka remissen till:

Barn- och ungdomshabiliteringen, Remissgruppen, Halltorpsvägen 5-7, 70229 Örebro