

Intyg

Medicinskt underlag inför personkretsbedömning vid ansökan av insats enligt LSS (Lag om stöd och service för vissa funktionshinder)

Intyget avser

Namn

Gatuadress

Postnummer

Eventuell vårdnadshavare

Annan anhörig eller god man

Uppgifterna är hämtade ifrån

- Patientjournal
- Samtal med patient/föräldrar/annan anhörig:
- Övrigt

Diagnoser

Beskriv de funktionsnedsättningar samt de konsekvenser detta medför för den enskilde i vardagen.

(ex begåvningsnivå, kognitiv funktionsnedsättning, kommunikation, samspel/kontakt, beteendestörning, motorik, förflyttning, aktivitet, sömn, matsituation, personlig hygien).

Funktionsnedsättningens varaktighet:

Medicinska, logopediska och neuropsykologiska utredningar som är gjorda samt funktionsbedömning utförd av sjukgymnast/arbetsterapeut (ex röntgen, syn, hörsel, EEG) samt datum för respektive:

Psykiska förhållanden:

Sociala förhållanden:

Pågående och/eller planerade rehabiliteringsåtgärder:

Övrigt:

Ort, datum

Göteborg

Namnteckning: _____

Namnförtydligande:

Institution/mottagning: SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUS
Rehabiliteringsmedicin, B9-huset
Box 30110
400 43 GÖTEBORG
Tel. 031-342 10 00, 342 28 00
Fax 031-47 42 63