

Konsultation - Kommunikationsteamet

Datum	Akut behov Ja ☐ Nej ☐
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:

- Inlärnin9:

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
Hjälpmedelskonsulenter
Länsenheten Särskilt Stöd
Köpmangatan 37
972 33 Luleå