

**Egen vårdbegäran**

Gäller för vuxna från 18 – 65 år som efterfrågar insatser av Habiliteringsverksamheten.

Formuläret skickas till:

*Remissgruppen*

*Habiliteringsverksamheten*

*Mälarsjukhuset*

*631 88 Eskilstuna*

**Uppgifter om dig som önskar kontakt med habiliteringen**

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postadress:

Telefon:

**Närmast anhörig/god man/förvaltare**

Namn:

Adress:

Postadress:

Telefon (även riktnummer):

**Om Habiliteringen önskar kontakt, på vilket telefonnummer ska vi ringa? Om telefonnumret inte är till dig, skriv namnet och vilken relation personen har till dig.**

Namn:

Telefon (även riktnummer):

Relation: Anhörig/god man/förvaltare:

**Om du har god man eller förvaltare vill vi ha in kopia på beslutet/förordnade.**

**Vad gäller din vårdbegäran?**

Utredning

Insats

**Har du tidigare varit i kontakt med habiliteringen?**☐

Ja

☐

Nej

*Om du bockat i "ja", beskriv kort vilken typ av kontakt det var och inom vilken region:*

**Har du sedan tidigare någon diagnos eller funktionsnedsättning?**

☐

Nej

☐

Ja

*Om du bockat i "ja", ange diagnos/funktionsnedsättning:*

**Om diagnos, bifoga kopia av psykologutlåtande/neuropsykiatrisk utredning eller annat diagnosunderlag.**

**Nedan följer frågor om dina svårigheter och på vilket sätt du vill få hjälp.**

*Vad bekymrar dig mest när det gäller hur du mår och fungerar i vardagen?*

**I vilka miljöer eller situationer hindras du av svårigheterna? Beskriv på vilket sätt svårigheterna påverkar dig (till exempel vilket typ av stöd du behöver).**

I hemmet:

På jobbet/i skolan:

I dina relationer:

På fritiden:

Annat:

**Hur länge har du haft svårigheter?**

**Har du tidigare sökt hjälp för svårigheterna?**

☐

Nej

☐

Ja

Om du bockat i ”ja”, ange var du har sökt hjälp:

Hur blev det då?

Vad hoppas du att habiliteringen ska kunna hjälpa dig med?

**Jag godkänner att habiliteringsverksamheten får ta del av handlingar/journaler hos annan vårdgivare**

Nej ☐

Ja ☐

**Jag godkänner att habiliteringsverksamheten får ta del av Nationell patientöversikt (NPÖ)**

Nej ☐

Ja ☐

Namnsteckning:.....

Dagens datum och ort:.....

**Har någon hjälpt dig att fylla i det här formuläret?**

Nej ☐

Ja ☐

Om du markerat "ja", ange namn och din relation till den personen: