|  |  |
| --- | --- |
| Koncernlogotyp_svart_word |  |
| ***KOM-X*** | *Datum**20<datum>* | *Dnr* | *Sid**1 (3)* |

# Remiss till KOM-X

Anmälningsdatum       Inkom

### Brukare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn**<pat\_namn>** | Födelsenummer**<pat\_personnr>** |
| Adress**<pat\_adress>** |  |
| Postnummer och ort:**<pat\_postnr>, <pat\_postadress>** | Telnr**<pat\_telbostad>,** **<pat\_telarb>** |

**Frågeställning**

|  |
| --- |
|       |

**Diagnos, anamnes, sjukdomsprognos**

|  |
| --- |
|       |

### Kontaktpersoner/Anhöriga

|  |  |
| --- | --- |
| Förälder/anhörig      | Tel      |
| Annan kontaktperson      | Tel      |
| Förskola/Skola/Gruppboende      | Tel      |

### Remittent

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn**<ansv\_vdgnamn>** | Titel<ansv\_titel> | Tel<ansv\_telefon> | Fax      |
| Arbetsplats**<ansv\_adress1>****<ansv\_adress2>****<ansv\_adress3>** | E-mail      |

# Beskrivning av funktion och förmåga (*fyll i relevanta uppgifter för ärendet*)

### Motorik

|  |
| --- |
| Handmotorik      |
| Bästa motorik för styrning/möjlighet styrsätt     Klarar tangentbord [ ]  |

### Förflyttning, arbetsställning

|  |
| --- |
| Förflyttning       |
| Arbetsställning      |

### Språk, Kommunikation

|  |
| --- |
| Språkförståelse      |
| Beskrivning av uttrycksförmåga      |
| Läs -och skrivförmåga      |
| Talmotorik      |

### Syn/Hörsel

|  |
| --- |
| Syn     Visuell perception      |
| Hörsel     Auditiv perception      |

### Övriga kognitiva funktioner

|  |
| --- |
| Minne, koncentration, motivation, inlärningsförmåga      |

### Beskrivning av omgivningen

|  |
| --- |
| Resurser/hinder i omgivningen      |
| Övrigt      |

### Beskrivning av hjälpmedelsbehovet

# Tidigare provade hjälpmedel

|  |
| --- |
| Nuvarande eller tidigare hjälpmedel      |
| Brister med tidigare hjälpmedel      |
| Övrigt      |