|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |