Region Uppsala

Egenansökan till habiliteringen
för barn och unga 0–17 år med fastställd diagnos

Vem ansökan gäller

Namn: Personnummer:

Adress:

Postnummer: Ort:

Telefon:

Syskon (ålder/kön):

Vad har ditt barn för **fastställd** diagnos eller funktionsnedsättning?

Beskriv vilka problem ditt barns funktionsnedsättning innebär i vardagen.

Vad vill ni ha hjälp med från habiliteringen?

Barnets barnomsorg och eller skola:

Andra pågående kontakter

Habiliteringen använder sig av sammanhållen journalföring. Du kan läsa mer på 1177.se. Har du frågor, kontakta oss.

☐ Samtycker att habiliteringen tar del av nödvändiga journaler

Underlag

Utredning som styrker diagnos är gjord vid:

☐ Sammanfattning av utredningsresultat (bifogar kopior på utredningar).

☐ Utredningen finns i Region Uppsalas journal.

Uppgifter om vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1

Namn:

Fullständig adress:

E-postadress:

Telefon:

Behov av tolk: ☐ Ja ☐ Nej Språk:

☐ Jag samtycker till att habiliteringen tar kontakt med mig via 1177. (Förutsätter att ditt barn är under 13 år och att du har aktiverat aviseringar från 1177.se)

Datum: Underskrift av vårdnadshavare:

Vårdnadshavare 2

Namn:

Fullständig adress:

E-postadress:

Telefon:

Behov av tolk: ☐ Ja ☐ Nej Språk:

☐ Jag samtycker till att habiliteringen tar kontakt med mig via 1177. (Förutsätter att ditt barn är under 13 år och att du har aktiverat aviseringar från 1177.se)

Datum: Underskrift av vårdnadshavare:

Påskriven ansökan skickas till:

Nära vård och hälsa
Habiliteringens remissbedömning
751 85 Uppsala