

Ansökan/remiss till Dövblindteamet i Stockholms län

Fyll i blanketten för att ansöka om stöd vid kombinerad syn- och hörselskada, dövblindhet.

Du skickar ansökan till:

Dövblindteamet, Dalagatan 9,
113 62 Stockholm.

Fylls i av dövblindteamet

Anmälningsdatum till teamet: _____

Aktualiserad på teamkonferens: _____

Legitimation: _____

Återanmälan: _____

1. Personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Gatuadress		
Postnummer	Postort	
Mobilnummer	Texttelefon	Bildtelefon
Alternativ kontakt via		

2. Vilket stöd behöver du?

--

3. Kommunikationssätt:

☐ Teckenspråk☐ Tal☐ Taktilt språk

4. Behöver du tolk?

☐ Nej☐ Ja, ange språk: _____

5. Mina vårdkontakter

Ögonklinik	Syncentral
Hörselklinik	Övrigt

☐ Jag samtycker till att Dövblindteamets personal tar del av journalanteckningar från relevanta vårdkontakter.

Underskrift (sökande/god man/båda vårdnadshavare)

Datum	Namnteckning

Vi registrerar ansökan i journalsystemet Take Care. Vi använder oss av sammanhållen journalföring. Du kan läsa mer om journalföring på webbplatsen 1177.se. Sök "Din journal".