

## Dövblindteamet i Stockholms län

### Ansökan/Remiss - person med dövblindhet/syn- och hörselskada

Personnummer: .....

Namn: .....

Adr: .....

Postnummer: .....Ort: .....

Tel. bost: .....Texttel:.....

Mobiltel: .....Bildtel:.....

e-post:.....

Alternativ kontakt via: .....

Kontaktorsak / behov /önskar kontakt med:.....

Kommunikationssätt:     teckenspråk                       taktilt teckenspråk  
    tal     språk:.....

Ögonklinik:.....

Syncentral:.....

Hörselklinik: Rosenlund.....

Övrigt:.....

**Min signatur innebär att jag godkänner att Dövblindteamets personal får läsa journalanteckningar från mina kontakter med ögonklinik, syncentral, hörselklinik samt övriga relevanta journaler. Dövblindteamets insatser registreras i datajournal.**

Datum

Sökandes namnteckning/God man/båda Vårdnadshavare