

## ATT ANMÄLA EN KLIENT TILL DART

En utredning på DART börjar alltid med en remissträff. På remissträffen bestämmer vi om vi ska arbeta med handledning eller gemensam problemlösning.

**Handledning** innebär att de inom habiliteringen som arbetar med personen kommer till DART och får stöd i hur man kan arbeta på hemmaplan. Antal handledningsträffar varierar beroende på problemställning och behov.

**Gemensam problemlösning** innebär att personer som är viktiga för klienten, och klienten själv, deltar i arbetet på DART. Först hålls ett planeringsmöte där vi diskuterar de aktuella problemen och sätter upp mål för det fortsatta arbetet. Ibland är ett planeringsmöte tillräckligt för att hemteamet ska komma vidare men ofta behöver DART stödja med ytterligare insatser. Det kan vara utprovning eller introduktion och utbildning kring system, anpassningar, programvara och metodik. DARTs insatser rör nästan alltid både låg- och högteknologisk kommunikation.

**DART** dokumenterar alla insatser i utförliga rapporter.

## ATT TÄNKA PÅ INFÖR EN ANMÄLAN TILL DART

- ➡ En utredning på DART kräver mertid från anmälaren. DART lägger mycket resurser på varje enskilt ärende. För att nå ett optimalt resultat krävs det att personal från hemhabilitering, rehabilitering eller annan verksamhet medverkar i utrednings- och utprovningssfasen och att det finns resurser på hemmaplan för att arbeta vidare med det en DART-utredning resulterar i.
- ➡ Inför remissträff, planeringsmöte och/eller handledningsmöte är det viktigt att du som anmälare har färsk information om personen anmälan gäller.
- ➡ DART rekommenderar att en hjälpmedelskonsulent är delaktig i de ärenden som handlar om hjälpmedel. Den som lämnar in en anmälan till DART ansvarar också för att kontakt tas med ansvarig hjälpmedelskonsulent.

ANMÄLNINGSDATUM:.....

Inkom till DART: .....

## ANMÄLNINGSBLANKETT FÖR UTREDNING/UTPROVNING AV KOMMUNIKATIONS- OCH/ELLER DATORBASERADE HJÄLPMEDEL

ÅTERSÄNDES TILL DART ENLIGT ADRESS NEDAN.  
DART ÅTERKOMMER MED FÖRSLAG PÅ TID FÖR REMISSMÖTE.

### Anmälan gäller:

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Frågeställning: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vi tror att vi behöver DART-insatser i form av:

Handledning

Gemensam problemlösning

Vet ej

### ANSVARIG FÖR ANMÄLAN OCH FORTSATTA KONTAKTER MED DART:

Namn: \_\_\_\_\_

Arbetsplats: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon och fax: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_



**FYLL I EN AV NEDANSTÅENDE RUTOR:**

**Betalningsansvarig:**  
**Namn:** \_\_\_\_\_  
**Postnummer:** \_\_\_\_\_  
**Postadress:** \_\_\_\_\_  
**Telefon och fax:** \_\_\_\_\_  
**E-post:** \_\_\_\_\_

**För uppdrag som gäller barn och ungdomar inom Handikappförvaltningen i VGR:**  
**Ansvarig Habiliteringschef:** \_\_\_\_\_  
**Habilitering:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Diagnos/er:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tal, språk och kommunikation:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Språk som talas i hemmet:** \_\_\_\_\_

**Vilka hjälpmedel används och vilka har provats?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Sittställning och förflyttning:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Motorik, främst finmotorik och pekförmåga:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Syn och visuell perception:** \_\_\_\_\_

---

---

**Hörsel och auditiv perception:** \_\_\_\_\_

---

---

**Läs- och skrivförmåga (språklig och motorisk):**

---

---

---

Vilka hjälpmedel används och vilka har provats? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Minne, koncentration, intellektuell förmåga:** \_\_\_\_\_

---

---

---

Vilka hjälpmedel används och vilka har provats? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Skolform/arbete/daglig verksamhet:** \_\_\_\_\_

---

---

**Boende:** \_\_\_\_\_

---

---

**Övrigt:** \_\_\_\_\_

---

---

**Vilka av följande är informerade om förfrågan till DART?**

Familj

Boende

Hjälpmedelscentral

Skola

Arbete

Habilitering

Rehabilitering eller annan sjukvårdsansvarig

Annan: \_\_\_\_\_

Finns möjlighet att finansiera eventuell utrustning? I så fall hur? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Finns möjlighet att finansiera utbildning? I så fall hur? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FÖR ATT VÅRT ARBETE SKA FLYTA SMIDIGT ÄR DET VIKTIGT ATT DU  
FYLLER I UPPGIFTERNA NEDAN**

**Anhörig/god man**

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson för ev. boende**

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

**Arbetsterapeut**

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_



## Logoped

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

## Kontaktperson på hjälpmedelscentral

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

## Kontaktperson på syncentral

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

## Kontaktperson skola/arbete/sysselsättning

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

## Kontaktperson annan (t ex assistent, läkare)

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax/E-post: \_\_\_\_\_

# VÄLKOMMEN!