



Vuxenhabiliteringen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

| | | |
|---|--|---------------------------|
| Namn | | Personnummer |
| Gatuadress | | Postnummer och postadress |
| Telefon hem/mobiltelefon | | Vårdcentral |
| Vad önskar du få hjälp med från Vuxenhabiliteringen? | | |
| Beskriv din funktionsnedsättning och aktuella problem/behov. | | |
| Vilka insatser har provats/ är pågående inom hälso- och sjukvården eller kommunen för att hjälpa dig med det aktuella problemet/ behovet? T ex boendestöd, personligt ombud, god man. | | |
| Ytterligare upplysningar | | |
| Tolk? Ange vilket språk: | | |

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare

Blanketten skickas till:

Vuxenhabiliteringen
Box 1613
701 16 Örebro