

**Egenremiss till vuxenhabiliteringen  
enl HSL (hälso- och sjukvårdslagen)**

Habiliteringen



Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon:

Varför söker du till vuxenhabiliteringen?	
Beskriv dina svårigheter i vardagen.  Hade du svårigheter när du växte upp? Beskriv dessa.  Ange diagnos om sådan finns.	

**Postadress**  
Box 1223  
351 12 Växjö

**Besöksadress**  
JF Liedholms väg 12  
Sigfridsområdet, Växjö

**Telefon** 0470-58 87 30

**Egenremiss till vuxenhabiliteringen  
enl HSL (hälso- och sjukvårdslagen)**

Habiliteringen



<p>Beskriv din sociala situation (familjeförhållande, arbete/sysselsättning, bostad, användning av alkohol och droger, försörjning mm).</p>					
<p>Ange dina kontakter med andra vårdgivare och myndigheter.</p>	<table><thead><tr><th data-bbox="504 1350 954 1384">Namn</th><th data-bbox="967 1350 1374 1384">Telefonnummer</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2" data-bbox="504 1384 1374 1968"></td></tr></tbody></table>	Namn	Telefonnummer		
Namn	Telefonnummer				

**Postadress**  
Box 1223  
351 12 Växjö

**Besöksadress**  
JF Liedholms väg 12  
Sigfridsområdet, Växjö

**Telefon** 0470-58 87 30

**Egenremiss till vuxenhabiliteringen  
enl HSL (hälso- och sjukvårdslagen)**

Habiliteringen



Sökande	<input type="checkbox"/> Egen ansökan	<input type="checkbox"/> Anhörig
	<input type="checkbox"/> Vårdgivare	<input type="checkbox"/> Övrig
Vem skall vi kontakta vid behov?	Namn	Telefonnummer
Ange om någon har hjälpt dig fylla i ansökan.	Namn	Telefonnummer

**Medgivande**

I samband med min underskrift nedan medger jag att **uppgifter som är nödvändiga** för bedömning av min ansökan, och som är sekretessbelagda hos region/landsting, privat vårdgivare och/eller kommun, får inhämtas av vuxenhabiliteringen.

Jag önskar sms-påminnelse i mobiltelefonen inför mitt besök

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Ort/datum \_\_\_\_\_

Sökandes underskrift \_\_\_\_\_