

Vårdbegäran Vuxenhabiliteringen Gästrikland

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Hälsocentral
Vill du ha SMS-påminnelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hur ska kallelser skickas? <input type="checkbox"/> Digital brevlåda, exempelvis Kivra <input type="checkbox"/> Brev per post
<p>Markera vilken målgrupp du tillhör. Första gången du söker insatser ska underlag/utredningar som styrker målgruppsstillhörigheten skickas med ansökan.</p> <p><input type="checkbox"/> Intellektuell funktionsnedsättning (utvecklingsstörning) <input type="checkbox"/> Autismspektrumtillstånd (autism/Asperger syndrom) <input type="checkbox"/> Förvärvad hjärnskada <input type="checkbox"/> Medfött rörelsehinder <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Annat: _____</p>	
<p>Jag behöver kontakt med Vuxenhabiliteringen för att jag i min vardag har problem med:</p>	
Kontaktuppgifter till God man	
Namn	
Telefon	
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Behöver du tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket språk?
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten, om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Skickas till:
Namn	Region Gävleborg Vuxenhabiliteringen Folkparksvägen 5 806 33 Gävle
Telefon hem/mobiltelefon	

Ort och datum

Namnsteckning