



Region

Gävleborg

Vuxenhabilitering Hälsingland

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
Markera vilken målgrupp du tillhör. Första gången du söker insatser ska underlag/utredningar som styrker målgruppsstillhörigheten skickas med ansökan.	
<input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Förvärvad hjärnskada <input type="checkbox"/> Medfött rörelsehinder <input type="checkbox"/> Aspergers syndrom <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående	
Frågeställning – Vad vill du ha hjälp med?	
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 Jakobsbergsvägen 12 824 81 Hudiksvall
Telefon hem/mobiltelefon	

Ort och datum

Namnteckning