



Patientansökan

Rehabilitering på FrykCenter

Namn	Personnummer	Telefon
Adress	E-post	
Närmast anhörig	Telefon närmast anhörig	
Eventuella önskemål		
Målsättning med rehabiliteringen		
Har du kontakt med sjukvårds- och/eller rehabiliteringspersonal för dina problem?	Ja	Nej
I sådana fall vilka?		
Hjälpbehov med personlig vård?	Ja	Nej
I sådana fall i vilken omfattning?		

[Empty text area]

Medföljer personlig assistent/vårdare?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	-----	--------------------------

Allergi/överkänslighet?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
-------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Om ja, ange vad

[Empty text area]

Annat

[Empty text area]

.....

Underskrift Datum