

Egen vårdbegäran om vuxenhabilitering (gäller personer över 18år)

Ditt namn	Personnummer
Adress / gata	Postnummer / ort
Telefonnummer / mobil	E-post

Har du företrädare (god man, förvaltare, person med fullmakt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Namn	Tel.nr / Mobil
Adress	Postnr / ort
Behöver du tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Ange vilket språk

Beskriv din funktionsnedsättning:

Beskriv vad du vill ha hjälp med

Har du andra pågående insatser från hälso- och sjukvård eller annan myndighet?
Om Ja, vilka?

Begäran görs av: <input type="checkbox"/> Mig själv <input type="checkbox"/> Företrädare (god man, förvaltare, person med fullmakt)
--

Behjälplig vid begäran, namn	Tel.nr
-------------------------------------	---------------

Datum	Underskrift av den sökande, god man/förvaltare eller annan person med fullmakt
--------------	---

För att få habiliteringsinsatser kräva att

- Din funktionsnedsättning är medfödd eller har uppkommit tidigt i livet.

Egen vårdbegäran om insatser från Länsenhetens Vuxenhabilitering

Skickas till ditt lokala team:

LSS Råd och Stöd/Vuxenhabilitering
Köpmangatan 37
972 33 LULEÅ

LSS Råd och Stöd/Vuxenhabilitering
Piteå sjukhus
Box 715
941 28 PITEÅ

LSS Råd och Stöd/Vuxenhabilitering
Gällivare sjukhus,
Källgatan 14
982 82 GÄLLIVARE

LSS Råd och Stöd/Vuxenhabilitering
Kiruna sjukhus
Box 805
981 28 Kiruna

Vi kommer då att kontakta dig

Du kan också göra en muntlig vårdbegäran genom att ringa till oss

Begär Vuxenhabiliteringen i växeln

Kiruna omfattar Kiruna och Pajala

tel. 0980 – 730 00 vxl

Gällivare omfattar Gällivare och Jokkmokk

tel. 0970 – 190 00 vxl

Kalix omfattar Kalix, Haparanda, Överkalix och Övertorneå

tel. 0923 – 760 00 vxl

Luleå omfattar Luleå och Boden

tel. 0920 – 28 40 00 vxl

Piteå omfattar Piteå, Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplog

tel. 0911 – 750 00 vxl

Du kan också kontakta din hälsocentral

som kan skicka remiss till oss på Länsenhetens Vuxenhabilitering (pvvhbnep)

Samtycke till att ta del av journaler/handlingar

Sökandes namn	Personnummer
Adress, gata	Telefon bostad
Postadress	Mobil telefon

Jag godkänner att Vuxenhabiliteringen får ta del av journaler/handlingar som underlag för utredning från:

Datum	Underskrift av den sökande, god man/förvaltare eller annan person med fullmakt
--------------	---