

# Egen vårdbegäran

## om rehabilitering/Öppenvårdsrehab Kalix sjukhus

Inkom: Skriftlig/muntlig;

Skickas till: Öppenvårdsrehab Kalix sjukhus, Skolgatan 1, 95232 Kalix. Telefon: 0923-764 55

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon/mobil:
Närstående:	
Företrädare: (god man/förvaltare)	Behov av tolk/språk:

Diagnos:

Beskriv ditt aktuella hälsotillstånd: (funktionsnedsättning, problem, vilja/motivation, behov, mål)

Pågående rehab insatser: (primärvård, kommun, privat)

Information till dig som patient.  
Inför aktuell rehab period /bedömning kommer medicinskt underlag av betydelse inhämtas.  
Om du inte samtycker till detta ber vi dig meddela oss/Öppenvårdsrehab.

Ort/datum:

Namnunderskrift: