



Vårdbegäran till Kommunrehab

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____ Tel.nummer: _____

Adress: _____

Kontakt från: _____ Tel.nummer: _____

Kontakt för att boka tid: _____ Tel.nummer: _____

Kontaktperson: _____ Hemtjänst/Personlig assistans: _____

Samtycke för kontakt med Kommunrehab: _____

Problem/Kontaktsak: _____

Förflyttningsproblem, smärta, fall, aktuellt tillstånd, förändrade behov: _____

Kognitiva problem: _____

Befintliga hjälpmedel: _____

Hur hanterar patienten situationen idag: _____

Patienten vill ha hjälp med (önskemål/förväntningar): _____

Har kontakt tagits med sjuksköterska, läkare eller annan vårdinstans: _____