Landstinget i Värmland

Egen vårdbegäran
Vuxenhabiliteringen
Karlstad

För önskemål om kontakt med Vuxenhabiliteringen ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har tagit emot din vårdbegäran kommer du att få besked från oss.

Vårdbegäran skickas till Vuxenhabiliteringen, Drottninggatan 27, 652 25 Karlstad.
Märk kuvertet med ”Egen vårdbegäran”

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Adress		
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil

Vilken funktionsnedsättning har du?

- ☐ Utvecklingsstörning
- ☐ Förvärvad hjärnskada
- ☐ Autism/ Asperger syndrom
- ☐ Medfött rörelsehinder

Har du tidigare haft kontakt med Vuxenhabiliteringen?

Om du inte haft kontakt tidigare ska du skicka med den utredning som beskriver din funktionsnedsättning.

☐ Utredningen skickas med denna ansökan. ☐ Utredningen skickas separat

Frågeställning – vad vill du ha hjälp med?

Godkänner du att vi hämtar uppgifter om din funktionsnedsättning från annan verksamhet? Ja ☐ Nej ☐

Har du en god man? Ja ☐ Nej ☐

Om du svarar ja - Kontaktuppgifter till god man:
Namn: Telefon:

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Ja ☐ Nej ☐

Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:
Namn: Telefon:

Är ovanstående person anhörig till dig? Ja ☐ Nej ☐

Ort och datum:	Namn