



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? <input type="checkbox"/> Utvecklingsstörning <input type="checkbox"/> Förvärvad hjärnskada <input type="checkbox"/> Autism/ Asperger syndrom <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Utredningen skickas med denna ansökan. <input type="checkbox"/> Utredningen skickas separat		
Frågeställning – vad vill du ha hjälp med?		
Godkänner du att vi hämtar uppgifter om din funktionsnedsättning från annan verksamhet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Har du en god man? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om du svarar ja - Kontaktuppgifter till god man: Namn: Telefon:		
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn: Telefon:		
Är ovanstående person anhörig till dig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

Ort och datum:	Namn
----------------	------