

Patientens anmälan

Person som behöver vård på annan ort (Val av vårdplats för icke-brådskande vård på annan än hemorten fr.o.m. 1.5.2011)

Jag behöver vård enligt min vårdplan under en vistelse på längre tid

Namn _____

Personbeteckning _____ Hemkommun _____

Hemadress _____

Telefon _____

Nuvarande hälsostation _____

Kommun där jag tillfälligt vistas _____

Tillfälligt vald hälsostation _____

Adress på vistelseorten _____

Varaktigheten på den tillfälliga vistelsen _____

Plats och tid _____

Patientens underskrift _____

Vårdplan (vid behov separat bilaga)

Plats och tid _____

Underskrift från givare av vårdplan _____

Namnförtydligande _____

Sänd anmälan till såväl din egen vårdande hälsostation på hemorten som till den mottagande hälsostationen.