Ansökan om rehabilitering utomläns/utomlands

(bilaga till läkarremiss)

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

_____ Telefon: _____

☐ arbetar heltid ☐ arbetar deltid _____% som _____

☐ sjukskriven _____% ☐ pensionär/sjukersättning _____%

Har behov av att personlig assistent medföljer ☐ Ja ☐ Nej

Önskar vistelse vid : _____

Min målsättning med vistelsen är: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Rehabiliteringsanläggningen får vid behov inhämta upplysningar och journaler som har betydelse för min vistelse ☐ Ja ☐ Nej

Ort: _____ Datum: _____

……

Namnteckning