

**Enkelt intyg  
avseende erhållen vård**

Patientens efternamn, förnamn

Person- /samordningsnummer

**Intyget är baserat på**

<input type="checkbox"/> Läkarbesök	Datum (ÅÅMMDD)
<input type="checkbox"/> Undersökning av annan vårdprofession	Datum (ÅÅMMDD)
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar från tidigare besök	Datum (ÅÅMMDD)
<input type="checkbox"/> Annat	Datum (ÅÅMMDD)

**Orsak till vårdkontakt**

<input type="checkbox"/> Behandling på grund av sjukdom
<input type="checkbox"/> Annan orsak

Ange eventuell kommentar för orsak till vårdkontakt

**Pågående eller planerad behandling/ åtgärd**

<input type="checkbox"/> Ja	Ange vilken behandling/ åtgärd
<input type="checkbox"/> Nej, ingen pågående eller planerad behandling/ åtgärd	

Ort och datum	Intygsutfärdarens namnteckning
Intygsutfärdarens efternamn och förnamn	Befattning
Tjänsteställe	Telefonnummer (inkl. riktnr)
Utdelningsadress	
Rehabiliteringskoordinator för vårdenheten (namn och telefonnummer)	
E-postadress	