Diagnosintyg

☐ Personen samtycker till informationsöverföring från region till kommun.

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____

Personen önskar i första hand bli kontaktad via:

☐ Brev ☐ Mejl

☐ Telefon ☐ Anhörig (kontaktuppgifter på nästa sida)

Diagnos: _____

Kognitiva funktionsförändringar relaterade till diagnosen, till exempel initiativlöshet, fysisk inaktivitet, nedsatt orienterings- eller visuospatial förmåga:

_____

_____

_____

_____

Andra funktionsnedsättningar, till exempel vad gäller syn, hörsel och rörelseförmåga:

_____

_____

_____

_____

Testresultat

☐ MMSE-NR3: _____

☐ Rudas-S: _____

☐ MoCA: _____

☐ Annat: _____

Sjukdomsgrad

☐ Mild ☐ Medelsvår ☐ Svår

Diagnostiserande mottagning: _____

Hälso-/vårdcentral personen tillhör: _____

Anhöriga finns:

☐ Ja ☐ Nej

Om ja

Personen samtycker till att anhörig kontaktas: ☐ Ja ☐ Nej

Personen önskar att anhörig kontaktas i första hand: ☐ Ja ☐ Nej

Anhörig, namn och kontaktuppgifter: _____

_____

Viktigt att veta om personen: _____

_____

Intygas i tjänsten: _____

Namnförtydligande och titel: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____