Kontaktformulär

Från kommun till hälso-/vårdcentral vid misstanke om kognitiv svikt.

☐ Personen samtycker till informationsöverföring från kommun till region.

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____

Personen önskar i första hand bli kontaktad via:

☐ Brev ☐ Mejl

☐ Telefon ☐ Anhörig (kontaktuppgifter på nästa sida)

Personen ovan önskar kontakt med primärvården på grund av misstänkt kognitiv svikt som yttrar sig med symptom som: _____

_____

_____

_____

Annat som kan vara viktigt att känna till, exempelvis andra sjukdomar samt nedsättning av syn, hörsel och rörelseförmåga: _____

_____

_____

_____

Anhörig

Namn, relation och kontaktuppgifter: _____

_____

_____

Personen samtycker till att anhörig kontaktas: ☐ Ja ☐ Nej

Jag stöttar personen ovan i kontakt med hälso-/vårdcentral

Namn: _____

Funktion: _____

Telefonnummer: _____

Mejladress: _____