

## 6. Bilagor

### 6.1 Överrapportering angående person med demenssjukdom

Till	Datum

#### Överrapportering angående person med demenssjukdom

Namn
Personnummer
Adress
Telefonnummer
Anhöriga som kan kontaktas
Namn
Telefonnummer

Vår bedömning är att ovan nämnda person har en demenssjukdom.	
Diagnos	Demensgrad vid undersökningstillfället:
Alzheimers sjukdom	Mild
Vaskulär demens	Medelsvår
Blanddemens	Svår
Demens UNS	
Annan demensdiagnos	
Fortsatt medicinsk uppföljning sker vid:	
(Vårdcentral/Avdelning/Klinik)	

- Tacksam för kontakt med oss för ytterligare rapportering från oss.
- Tacksam om ni kontaktar patienten/anhöriga för information om kommunens stödinsatser.

Ansvarig läkare/sjuksköterska	Telefonnummer
Vårdcentral/Avdelning/Klinik	

Jag ger mitt samtycke till att ovanstående information meddelas kommunen:

---

Ort och datum Patientens egenhändiga namnteckning