



## Underlag till läkare

Datum: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Kognitiva svårigheter: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Funktionsnivå: \_\_\_\_\_

---

---

---

Återkoppling/kommentar: \_\_\_\_\_

---

---

---

Detta underlag sänds till läkare i samråd med \_\_\_\_\_

samt närstående/anhörig \_\_\_\_\_

Biståndshandläggarens namn: \_\_\_\_\_

Biståndshandläggarens telefonnummer: \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_