

Ansökan om mottagning för vuxna med varaktig funktionsnedsättning

| |
|--|
| Sökande vårdcentral |
| Verksamhetschef |
| E-postadress |
| Planerat datum för start av mottagning |

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

| |
|--|
| Namngiven specialist i allmänmedicin |
| Namngiven kurator |
| Namngiven arbetsterapeut och/eller fysioterapeut |
| Namngiven dietist |
| Namngiven psykolog |

| | |
|-----|-------|
| Ort | Datum |
|-----|-------|

Underskrift verksamhetschef

| |
|--------------------------|
| Verifikationsbesök datum |
| Godkänd att starta datum |

För uppdragsgivaren: _____

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**