

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 sjuksköterska

Namngiven arbetsterapeut och/eller fysioterapeut
--

Namngiven dietist

Namngiven psykolog och/eller kurator

_____ Datum

_____ Underskrift verksamhetschef

_____ Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis

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

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: _____

Namnförtydligande uppdragsgivaren: _____