

Ansökan till Hospice Helhetsvården

- för dig som bor utanför Göteborgs kommun

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Bostads- och postadress		Telefon
.....		
.....		

Min sjukdomshistoria

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ansvarig läkare	
Sjukhus, där jag vårdas eller vårdats	
Telefon, där jag kan nås för närvarande	

Om det blir aktuellt med inflyttning medger jag att journalkopior skickas från min behandlande läkare till Hospice Helhetsvården

.....

Namnunderskrift Ort och datum

Ansökan skickar du till

Bräcke Diakoni, Hospice Helhetsvården, Box 21062, 418 04 Göteborg eller via faxnr 031-53 78 34

OBS! Bifoga ett läkarintyg till din ansökan.

Ring 031-50 25 41 eller 031-50 25 42 om du har några frågor.