



ANSÖKAN TILL HOSPICE GABRIEL

Namn:

Adress:.....

Postadress:

Telefon:..... Personnr:.....

Min sjukdomssituation:.....

.....

.....

Jag behöver hjälp med:.....

.....

Hjälpmedel jag behöver:.....

Jag befinner mig nu.....

Min nuvarande läkare:.....

Hospice Gabriel får tillåtelse att ta fram mina journaler:
När man vårdas på Hospice Gabriel, så görs en avstämning efter ca. 14 dagar, för den fortsatta vården och det kan bli aktuellt med en vårdplanering med hemmavarande kommun.

Jag godkänner att mina personuppgifter och personnr finns i register på Hospice Gabriel och att stiftelsen får hantera dessa enligt deras integritetspolicy som följer patientdatalagen.

Närmaste närstående:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Mailadress:.....

.....
Ort och datum

.....
Namnunderskrift