



ANSÖKAN TILL HOSPICE GABRIEL

Namn:

Adress:.....

Postadress:

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

Min sjukdomssituation:.....

.....

.....

Jag behöver hjälp med:.....

.....

.....

Hjälpmiddel jag behöver:.....

Min nuvarande läkare:.....

Jag är Covid-vaccinerad: Ja Nej

Hospice Gabriel får tillåtelse att ta fram mina journaler: Föra över behövlig information gällande vårdplanen mellan Sjukhus, Kommun och Hospice.

När man vårdas på Hospice Gabriel görs kontinuerliga utvärderingar av ditt mående och dina symtom. Efter ca 14 dagar görs en bedömning om behovet av specialiserad Hospicevård kvarstår. Om inte, kan det bli aktuellt med 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