



ANSÖKAN TILL HOSPICE GABRIEL

Namn:

Adress:.....

Postadress:

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

Min sjukdomssituation:.....

.....

.....

Jag behöver hjälp med:.....

.....

.....

Hjälpmedel jag behöver:.....

Min nuvarande läkare:.....

Jag är Covid-vaccinerad: Ja Nej

Jag har barn eller barnbarn under 18 år 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 hemnavarande 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 (fyll vänligen i alla uppgifter)

Namn:

Adress:

Telefon:

Mailadress

.....
Ort och datum

.....
Namnunderskrift