

Ansökan till hospice för dig som bor

utanför Göteborgs kommun.

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Bostads- och postadress:
.....
.....

Telefon:

Min sjukdomshistoria:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ansvarig läkare är:

Sjukhus, där jag vårdas eller vårdats:

Telefon, där jag kan nås för närvarande:

Om det blir aktuellt med inflyttning på helhetsvården medger jag att journalkopior skickas från min behandlande läkare, till Helhetsvårdens läkare.

Namnunderskrift:

Ort och datum:

Ansökan skickas till:

Bräcke Diakoni, Helhetsvården, Box 21062, 418 04 Göteborg.