

# Bokning av utredning

Datum: .....

## Val av utredning

Arbetsförmågebedömning

Kost önskas

Neuropsykiatrisk utredning

Logi önskas

Tillägg/Alternativ tjänst

.....

### 1. Personuppgifter, den person som utredningen avser

|  |           |                                    |          |
|--|-----------|------------------------------------|----------|
| Efternamn och tilltalsnamn                       |           | Personnummer                       |          |
| Utdelningsadress, postnummer och postort         |           | Telefonnummer bostad (även riktnr) |          |
| Anställd (arbete)                                | Arbetslös | Sjukersättning                     | % fr o m |
| Försörjningsstöd                                 |           |                                    |          |
| Eventuell arbetsgivares adress och telefonnummer |           |                                    |          |
| Individen är informerad och accepterar utredning |           | Föreligger tolkbehov               |          |
| Ja   | Nej       | Nej                                | Ja språk |

### 2. Beställare

|                      |                     |                             |
|----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Namn                 | E-postadress        |                             |
| Företag/Organisation | Organisationsnummer | Telefonnummer (även riktnr) |
| Besöksadress         | Fakturaadress       |                             |

### 3. Frågeställning/Övrigt

### 4. Medverkande vid utskriftssamtal

Önskar någon/några närvara vid utskrivningssamtalet

Ja, ange vilka

### Underskrift

|       |              |               |
|-------|--------------|---------------|
| Datum | Namnteckning | Förtydligande |
|-------|--------------|---------------|