



Remiss vid förfrågan om hälso- och sjukvårdsinsatser vid tillfällig vistelse i Vellinge kommun

Datum:

Remittent/namn/kontaktuppgifter:

Patientens namn och personnummer:

Vistelseadress och telefonnummer:

Anhöriguppgifter:

Under vilken period önskas insatser:

Typ av insatser/frekvens:

Anamnes, status:

Diagnoser:

Varning/begränsningar:

Remissvar bifall/avslag:

Faxa remiss samt faktureringsunderlag till 010-1503330.