

Flytt till Stockholm

Patient

Personnummer:	Namn:
Adress i Stockholm:	
Postnummer:	Ort:
Telefonnummer (helst mobilnummer):	
Eventuell kontaktperson:	Telefonnummer till kontaktperson:
Typ av boende i Stockholm: ☐ Eget boende ☐ Bostad med särskild service enligt LSS ☐ Särskilt boende för äldre ☐ Skola	
Planerat flyttdatum/folkbokföring:	

Förskrivare i Region Stockholm

Namn:	Yrkestitel:
Mottagningens namn:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	

Hjälpmedel som patienten önskar ta med vid flytt

--

Hjälpmedel som behöver förskrivas i samband med flytt (t ex lyft, säng)

--