

Samtycke

Jag samtycker till att följande person/personer får ha kontakt med Habilitering & Hälsa angående min funktionsnedsättning och att insatserna får journalföras i min journal.

Mitt namn

Mitt personnummer

De här får ha kontakt med habiliteringen för mig

Namn

Personnummer

Namn

Personnummer

Samtycket gäller 12 månader från det datum det skrivs på.

Min namnteckning

Datum
