



Planeringsunderlag till biståndshandläggare

Namn: _____ Datum: _____

Diagnos: _____ Personnummer: _____

Utredning: _____

Funktionsnivå: _____

Planerad behandling: _____

Uppföljning: _____

Detta underlag sänds till biståndshandläggare i samråd med
samt närstående/anhörig

Läkarens namn:

Underskrift