

Anmälan för deltagande i Härlanda örtagård

Personnummer:

Namn:

Utdelningsadress:

Postnummer och postort:

Telefonnummer:

E-post:

Aktuell handläggare på försäkringskassa/arbetsförmedling/socialtjänst

Namn:

Telefon:

E-post:

Inremitterande kontaktperson (om annan än handläggaren eller personen själv)

Namn:

Telefon:

E-post:

Från myndighet/verksamhet:

Försörjning

- Försörjningsstöd
- Sjukpenning
- Sjuk- eller aktivitetsersättning

Annan: _____

Sjukskrivning

- Ja, från och med (datum) _____
 - Nej
-

Sjukskrivande läkare

Namn: Vårdcentral/mottagning:

Telefon:

Övriga läkarkontakter:

Aktuell problematik

Tidigare sysselsättning

Tidigare rehabinstanser

Pågående rehabinstanser

-
- Jag godkänner att Härlanda örtagård, utan hinder av sekretess, i samband med rehabperioden får ta kontakt med min handläggare på försäkringskassa/socialtjänst/arbetsförmedling samt vårdgivare, vid behov.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Blanketten skickas av sekretesskäl med post till följande adress:

Härlanda örtagård
Närhälsan Olskroken rehabmottagning
Redbergsvägen 6
416 65 GÖTEBORG