

Läkarintyg

PERSONUPPGIFTER

Förnamn och efternamn	Personnummer
-----------------------	--------------

UTLÅTANDE - FYLLS I AV LÄKARE (Använd gärna separat papper vid brist på utrymme)

Vilken diagnos föranleder behovet av ändrade bostadsförhållanden?
Beskriv patientens behandling och prognos
Vilken typ av bostad behövs (antal rum, hiss, bottenvåning eller liknande)?
Särskilda synpunkter
Står du som referent gentemot hyresvärd (och styrker att personen klarar av eget boende)?

UNDERSKRIFT

Titel och namn	Datum
Mottagningens adress och telefonnummer	