



## Ansökan om Dagrehabilitering

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Telnr: \_\_\_\_\_

Närmaste anhörig: \_\_\_\_\_

Telnr: \_\_\_\_\_

Diagnos/Nuvarande problem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Restriktioner: \_\_\_\_\_

Aktuella mediciner och behandlingar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Syfte med dagrehabiliteringen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kost: \_\_\_\_\_

Hjälpmedel: \_\_\_\_\_

Färd sätt: \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namn och befattning: \_\_\_\_\_

**Sänds till : Dagrehab  
Rehabenheten, Kvarnbacken  
Nybro kommun  
382 80 Nybro**