

Närhälsan

Beställning av ADL-intyg Försäkringskassan

Förnamn och efternamn:

Personnummer:

Personens bostads/besöksadress:

Personens telefonnummer:

Kontaktperson:

Kontaktpersonens telefonnummer:

Behov av tolk: Ja

Språk:

Diagnos/funktionsnedsättning:

Läkarintyg bifogas: Ja

Beskriv eventuell specifik frågeställning:

Handläggare på Försäkringskassan:

Namn:

Telefon:

E-post:

