

# Närhälsan

## Beställning av ADL-intyg Kommunen

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 i kommunen/stadsdelen:

Namn:

Telefon:

Adress:

E-post:

### Betalningsförbindelse för ADL-intyg

Kommun/stadsdel:

Förbinder sig härmed att ersätta kostnader för utfärdande av ADL-intyg avseende ovanstående person.

**Basintyg:** 7200 kr exkl. moms,

tillkommande kostnader vid behov av tolk, resa över 3 mil enkel väg,

komplicerande omständigheter som medför behov av ytterligare kompetens debiteras med 600 kr/tim exkl. moms.

**Faktureringsadress:**

Ort, datum:

Underskrift:

