

Diagnosintyg kognitiv svikt

Kontaktuppgifter

Namn:	Persnr:
Adress:	Telefonnr:
Anhörig:	Telefonnr:
Adress:	

Diagnos

Sjukdomsgrad: mild <input type="checkbox"/> måttlig <input type="checkbox"/> svår <input type="checkbox"/>
Var och när har diagnos fastställts? (datum och plats):

Bedömningar

MMT-resultat:
Beskrivning av funktionsförändringar relaterade till sjukdomen:

Information som givits till patient/anhörig

Diagnos Ja Nej Anhörigstöd Ja Nej
Hemtjänst/dagverksamhet Ja Nej

Övrigt

Samtycke för diagnosintyg Ja Nej Intyg för färdtjänst Ja Nej
Akut behov av biståndsbedömning Ja Nej Intyg för god man Ja Nej
Patienten har hemtjänst Ja Nej Hemtjänstföretag:

Ansvarig läkare

Datum: Namn:
Arbetsplats: Telefon: Fax:

Återkoppling önskas från mottagare

Ja Nej

Diagnosintyget har mottagits

Namn: Datum:

Skicka diagnosintyget till

Solna stads demensteam
Hagalundsgatan 33, 169 66 Solna

Vid behov av akut biståndsbedömning

(kan även vara aktuellt även innan diagnos hunnit fastställas)

faxa intyget till Solna stads demensteam faxnr 08-735 68 44 **och** avd. för myndighetsutövning
faxnr. 08-746 18 80