

## Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)

*Jag väljer vårdgivare för avancerad sjukvård i hemmet - vårdgivarens namn:	
*Mitt namn:	*Mitt personnummer:
*Min adress:	Adress där jag vill få ASiH-vård:
*Telefon dagtid:	Alternativt telefonnummer:

*Datum:	*Namnunderskrift:
	Företrädares underskrift (fullmakt krävs):

**(Fylls i av remittenten)** Geografiskt område som vald vårdgivare är godkänd att bedriva vård i:

\*Obligatoriska uppgifter.

Lämna den ifyllda blanketten till din remitterande läkare eller till den vårdgivare för avancerad sjukvård i hemmet som du valt.

Vill du ändra ditt val av vårdgivare för avancerad sjukvård i hemmet fyller du i denna blankett på nytt.

Den vårdgivare som remitterar dig till avancerad sjukvård i hemmet hjälper dig att hitta vårdgivare som är godkända i det geografiska område som du vill få vård i.