

# Specialiserad palliativ slutenvård

Jag önskar välja/byta till

**Vårdgivarens namn**

**Palliativa avdelningen Lidingö - tfn 08 409 38 114, fax 08 466 01 91**

**Vårdenhetens besöksadress**

**Palliativa avdelningen Lidingö , Högsätravägen 4, 181 58 Lidingö**

<b>Namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Gatuadress</b>		<b>Postadress</b>	
<b>Datum</b>	<b>Telefon dagtid</b>	<b>Mobil</b>	
<b>Namnunderskrift</b>			
<b>Företrädare</b>			

► Datum och underskrift måste finnas för att valet ska vara giltigt

Blanketten skickas till vald vårdgivare och sparas i minst två år.

Adresser till enheter för Specialiserad palliativ slutenvård och mer information finns på [www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se) Du kan också ringa Vårdguiden på telefon 08-320 100.