

Kontaktlista nätverket (namn, adress, telefon ev. mail) Datum:

NAMN: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

ANHÖRIGA:

Föräldrar: _____

Make/maka/sambo: _____

Barn: _____

Syskon: _____

Annan anhörig/närstående: _____

KONTAKTER I KOMMUN OCH PSYKIATRI:

Case manager (psykiatri och/eller kommun):

Patientansvarig läkare (psykiatri): _____

Kontaktman (kommun samt psykiatrins öppen och slutenvård): _____

Vårdcentral/husläkare/Sjuksköterska:

BISTÅNDSHANDLÄGGARE:

ÖVRIGA: (Arbetsterapeut, sjukgymnast m.fl.)

VÄNNER OCH ANDRA AKTUELLA:

God man/förvaltare: _____

Hyresvärd: _____

Försäkringskassa (handläggare): _____

Arbetsförmedlingen (handläggare): _____

Arbetsgivare/arbetsrehabilitering: _____

Vänner/grannar eller andra personer: _____
