

LÄKARINTYG

1. PERSONUPPGIFTER

Förnamn och Efternamn	Personnummer
-----------------------	--------------

2. UTLÅTANDE **Ifylls av läkaren** (använd gärna separat papper vid brist på utrymme)

Vilken sjukdom (svensk diagnos) motiverar behovet av ändrade bostadsförhållanden?
Vilka medicinska skäl (symptom)kräver särskilt hänsynstagande?
På vilket sätt ställer de medicinska skälen krav på lägenheten?
Finns medicinska skäl för boende i ett visst område, stadsdel etc? I så fall vilka?
Särskilda synpunkter
Står du som referent gentemot hyresvärd?

3. UNDERSKRIFT

Underskrift, titel och namnförtydligande	Datum
Mottagningens adress	Telefonnummer, växel och direkt

