**NYBESTÄLLNING AV DIGITALTILLSYN**

NAMN (efternamn först):

PERSONNUMMER:

ADRESS:

POSTNUMMER ORT:

TEL.NR:

VIKTIG HÄLSOINFORMATION:

(t.ex. kognitivsvikt, afasi, diabetes, Waran)

SPRÅK: (om annat än svenska)

INFORMATION TILL SERVICETEKNIKER:

SAMTYCKE FRÅN KUND: Ja [  ] Nej [ ]

TIDER FÖR AKTIVERING AV DIGITALTILLSYN:

BIFOGA ALLTID LARMPLAN VID BESTÄLLNING AV DIGITALTILLSYN.