

**Behandling inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne**

Jag har tagit del av vilka behandlare jag kan välja mellan och gjort mitt val.

.....  
Behandlare

.....  
Datum

.....  
Patientens underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Patientens personnummer