

**Anmälan om installation av trygghetslarm**Övertorneå Kommun  
Äldre & Handikappomsorgen  
Övertorneå

Placeringsdatum:

Ansvarig handläggare:

Personuppgifter:

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Rörelseförmåga      God     Mindre god       Dålig Talförmåga          God     Nedsatt       Ingen Hörsel                God     Nedsatt       Döv Syn                    God     Nedsatt       Blind 

Orsak till larm: \_\_\_\_\_

Åtgärd vid larm:

Dag: \_\_\_\_\_

Natt: \_\_\_\_\_

Vägbeskrivning: \_\_\_\_\_

Anhörig:

Tel: \_\_\_\_\_

Larmapparat: Antenna AP 2000

Serietillverkningsnummer:

Kodnummer:

Överlåtelse av nyckel:              Nyckel nr:

Kvittens: