



HENVISNING TIL HUKOMMELSESTEAM

KONKTAKTINFORMASJON		
Navn:		Postnummer:
Adresse:		Poststed:
Telefon/mobil:		Fødselsnr.:
Sivilstatus:	Fastlege:	
PÅRØRENDE		
Navn:	Telefon/mobil:	
Slektsforhold	Telefon arbeid:	
DIAGNOSER – AKTUELLE PROBLEMSTILLINGER		
	JA	NEI
Har bruker nedsatt syn?	☐	☐
Har bruker nedsatt hørsel?	☐	☐
Har bruker gitt samtykke til utredning?	☐	☐
Er bruker informert om henvisningen?	☐	☐
Er pårørende informert om henvisningen?	☐	☐
Mottar bruker kommunale tjenester	☐	☐
Hvis Ja, hvilke tjenester		
Diagnoser		
Aktuelle problemstillinger		
HENVISNING		
Henvist av:	Dato:	Telefon: