U.off. fvl. §13, offl. § 13

\*obligatorisk

|  |  |
| --- | --- |
| \*Pasient: |  |
| \*Fødselsnummer: |  |
| \*Dato for henvisning: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Sykehjem/døgninstitusjon: |  |
| \*Avdeling: |  |
| \*Besøksadresse: |  |
| \*Telefonnummer til avdelingen: | Alt. vaktrom: |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Navn på avdelingsleder: |  |
| \*Telefon avdelingsleders kontor: |  |
| \*epost: |  |
| \*mobil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Navn på sykehjemslegen: |  |
| \*HPR-NR (OBS obligatorisk): |  |
| \*epost: |  |
| \*mobil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Har pasient/nærmeste pårørende samtykket til henvisning: JA / NEI | |
| \*Navn på nærmeste pårørende: |  |
| Slektskap til pasienten: |  |
| \*mobil: |  |
| epost: |  |

Sykehistorie:

|  |
| --- |
| Beskriv sykehistorie, atferd, hva som er problemstillingen:  (4-5 linjer) |

**Merk at henvisning fra lege skal følge dette skjemaet.**