

## HENVISNING TIL LÆRINGS- OG MESTRINGSKURS

**Til: LMS i Bergen**  
**Ulriksdal Helsepark, Uriksdal 2**  
**5021 Bergen**

Pårørende har rett på opplæring i spesialisthelsetenesta på lik linje med pasienten.

Pasienten sitt namn

Pårørende sitt navn

.....

.....

Personnummer .....

Personnummer .....

Adresse

Adresse

.....

.....

.....

.....

**Diagnose** .....

Årstal for diagnose det blir søkt opplæring innan.....

Fast medisin

.....

.....

.....

.....

Etter tilvisande lege si vurdering: Kva har pasienten behov for å lære?

.....

.....

Har pasienten spesielle behov? (eks. behov for glutenfri kost, teleslynge mm)

.....

Har pasienten behov for følgje? Viss Ja:

Navn på følgje:.....

Personnummer følgje:.....

Tilvisande lege sitt navn:.....

Adresse:

.....

Dato og legen sin signatur:.....

**Avdeling:**

**Kursnavn:**

***Til  
internt  
bruk***