

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***