

TILVISING TIL LÆRINGS- OG MEISTRINGSKURS

Til: LMS i Bergen
Ulriksdal Helsepark, Uriksdal 2
5009 Bergen

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

Pasienten sitt namn:

Pårørande sitt namn:

.....

.....

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:

Namn på følgje:.....

Personnummer følgje:.....

Tilvisande lege sitt namn:.....

Adresse:

.....

Dato og legen sin signatur:.....

Avdeling:

Kursnavn:

**Til
internt
bruk**