|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn: | | Fødselsnr. (11 siffer) |
| Adresse: | | |
| Postnr./sted: | | |
| Tlf. (dagtid) | | E-post: |
| *Ved synshemning* | | *Ved hørselshemning* |
| Diagnose: | | Diagnose: |
| Er utredet av øyelege: Ja ⃝ Nei ⃝  Navn på øyelege:  Navn på optiker:  Har synshjelpemidler fra  HMS fra før: Ja ⃝ Nei ⃝ | | Er utredet av øre-nese-halslege: Ja ⃝ Nei ⃝  Navn på øre-nese-halslege:  Har høreapparat: Ve. ⃝ Hø. ⃝  Har hørselshjelpemidler fra  HMS fra før: Ja ⃝ Nei ⃝ |
| Beskriv aktuell problemstilling/ henvisningsgrunn og konsekvenser i hverdagen. | | |
| Bor bruker alene? Ja ⃝ Nei ⃝ , sammen med:  Nærmeste pårørende:  Har bruker gitt sitt samtykke til henvendelsen Ja ⃝ Nei ⃝ | | |
| Henvist av: | Dato: | |
| Stilling: | Tlf.: | |