|  |  |
| --- | --- |
| 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 fraHMS fra før: Ja ⃝ Nei ⃝ | Er utredet av øre-nese-halslege: Ja ⃝ Nei ⃝ Navn på øre-nese-halslege:Har høreapparat: Ve. ⃝ Hø. ⃝Har hørselshjelpemidler fraHMS 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.: |