





### Dokumentasjon

**Syn** - I saker som gjelder syn må følgende legges ved:

- Oppdaterte Øyemedisinske opplysninger

**Hørsel** – I saker som gjelder hørsel må følgende bekreftes:

- Hørselstap – har høreapparat
- Hørseltap – har ikke høreapparat (hørselstapet må dokumenteres av hørselslege/audiograf)
- Har hørselshjelpemidler i hjemmet

Pårørende	Tilknytning	Telefonnr.

### Helsepersonell (fastlege, øyelege, hørselslege, audiograf o.l.)

Navn	Yrke	Telefonnr.

### Har allerede tilbud fra

<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	Navn:	Tlf.:
<input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste	Navn:	Tlf.:
<input type="checkbox"/> Annet	Navn:	Tlf.:

Har mottatt informasjon om egenandel på fysioterapi/egenandelstak 2?  Ja  Nei

### Hvem har fylt ut dette skjemaet

Navn	Stilling/relasjon	Dato	Tlf.

### Underskrift/fullmakt

Jeg samtykker til at det kan innhentes nødvendige opplysninger for å behandle henvisning/søknad

Sted/dato Underskrift av søker

Ufullstendig utfylt skjema sendes i retur