**Henvendelse til syn- og hørselskontakt**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødselsnr: |
| Adresse: | Postnr./sted: |

|  |  |
| --- | --- |
| Pårørende: | Fastlege: |
| Adresse: | Adresse: |
| Postnr/sted: | Postnr./sted: |
| Telefon dagtid: | Telefon: |

|  |  |
| --- | --- |
| Syn: | Hørsel: |
| Diagnose: | Diagnose: |
| Bruker må være utredet av øyelege for å ha rett på synshjelpemidler. Det må vedlegges rapport fra øyelege.  Øyelege:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Optiker:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Bruker må fått diagnosert et hørselstap av spesialist for å ha rett på hørselshjelpemidler.  Øre- nese- halslege:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Har høreapparat: V H |

|  |
| --- |
| Henvisningsårsak/behov: Har hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen fra før?  Funksjonsrapport/epikrise/audiogram bør legges ved henvendelsen |

*Fysio- og ergoterapitjenesten er en praksis plass for studenter. Dersom du ikke ønsker at terapeutene skal ha med seg studenter til deg, vennligst meld fra til oss.*

**Sett kryss:** Figur **Jeg/vi samtykker til innhenting og utveksling av opplysninger som anses som nødvendige for behandling i tjenestelevering.**

**Dette kan inneholde informasjon fra fastlege, helsestasjon, spesialisthelsetjenesten, PPT, barnehage/skole.**

**Opplysninger vil registreres i kommunens elektroniske journalsystem.**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sted/dato** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Underskrift foresatt** |