

Tilmelding til tverrfaglig synsfunksjonsutredning v/avdeling for kombinerte syns- og hørseltap og døvblindhet

Tilmelding etter avtale med Helse Nord

Navn:	Fødselsdato	Kommune
Foresatte:		
Ansatte:		
Tlf:		

Regionsenter: Dato: Kontaktperson/ rådgiver fra regionsenter:
--

Bakgrunn for utredningen <input type="checkbox"/> Innvilget tjeneste fra NKDB <input type="checkbox"/> Skriv om pasientreiser er lagt ved innkallingen <input type="checkbox"/> Samtykke til utredning fra foreldre/foresatte/bruker
--

Problemstilling: Beskrivelse av synstapets betydning for hverdag, jobb og fritid:
--

Medisinske opplysninger/diagnoser:

Hjelpemidler:

- **Synshjelpemidler:**
- **Hørselshjelpemidler:**
- **Kommunikasjonshjelpemidler:**
- **Andre hjelpemidler:**

Andre opplysninger:

- **Innkalling til utredning sendes til:**
- **Kopi sendes til:**
- **Er rådgiver med i utredningen?**
- **Hvem er ledsager ved utredningen (pårørende, personale, rådgivere, etc.)?**

Skjemaet sendes til:

Statped postmottak, PB 113, 3081 Holmestrand