

HENVISNING TIL HUKOMMELSESTEAMET

Pas. navn:	F.dato/løpenr.:	
Adresse:	Telefon:	
	Er pasienten kjent med henvisningen?:	
	Har pasienten en demensdiagnose?	
Pårørendes navn:	Telefon:	
	Er pårørende kjent med henvisningen?:	
Fastlege:	Er fastlegen kjent med henvisningen?:	
Bakgrunn for henvisningen (bruk baksiden om nødvendig):		
Andre opplysninger; diagnoser, medisiner, tidligere yrke, osv.?		
Kontaktperson for henvisningen:		Sone/avd. og telefon:
Dato:	Underskrift:	
Sendes: Demenskoordinator Hilde Fryberg Eilertsen Omsorgstjenesten Sentrum, Heracleum Vestregata 15 9008 Tromsø		Mobil: 400 31 810 Epost: hilde.fryberg.eilertsen@tromso.kommune.n o