

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	