



ÅLESUND KOMMUNE

TILVISNING TIL SYNS- OG HØYRSELSKONTAKT

Dato:	
Namn:	Fødselsnummer:
Adresse:	Tlf.:
Tilvist frå:	Stilling/relasjon:
Adresse:	Tlf.:
Evt. kontaktperson:	
Adresse:	Tlf.:
Andre relevante opplysningar: (Syns- eller høyrselshjelpemiddel frå tidligare? Behov for tolk?)	
Fastlege:	
Stad:	Tlf.:
Syn	Hørsel
Diagnose:	Diagnose:
Visus (synsstyrke):	Evt. høyreapparatmerke:
Siste augelegebesøk:	Telespole/program for teleslynge?
Dato: Stad/augelege:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Siste optikarbesøk:	Siste besøk hos audiograf/ ØNH-spesialist:
Dato: Namn på optikar:	Dato: Stad/namn:
Tilvisningsårsak/aktuelt problem:	
Brukar/verje har gitt samtykke til tilvisinga: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Og gir løyve ____/gir ikkje løyve ____ (set kryss) til at syns- og høyrselkontakt hentar inn relevant informasjon frå andre instansar, som til dømes heimetenesta, fastlege, næraste pårørande, sjukehus, sjukeheim eller andre.	