



# Stavanger kommune

OPPVEKST OG LEVEKÅR  
Johannes Læringscenter

CosDoc ID:.....

Mottatt:.....

## Henvendelse vedr. sansetap

Navn:	F. nr. (11 siffer):
Adresse:	
Postnr./sted:	
Tlf. (dagtid):	E-post:

<b>Ved synshemming</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ved hørselshemming</b> <input type="checkbox"/>
<b>Diagnose:</b>	<b>Diagnose:</b>
Er utredet av øyelege:           Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er utredet av øre/nese/hals spesialist:           Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Navn på øyelege: _____	Navn på spesialist: _____
Navn på optiker: _____	Har høreapparat:                    Ve. <input type="checkbox"/> Hø. <input type="checkbox"/>
Har synshjelpemidler fra HMS fra før:                        Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Har hørselshjelpemidler fra HMS fra før:                    Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Beskriv aktuell problemstilling/henvisningsgrunn:

For utfyllende informasjon, legg ved rapport eller bruk baksiden.

Bor bruker alene? Ja  Nei  , sammen med: \_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende: \_\_\_\_\_ tlf. \_\_\_\_\_

Har bruker gitt sitt samtykke til henvendelsen   Ja  Nei

Fastlege: \_\_\_\_\_

Henvist av:	Dato:
Stilling:	Tlf.:

**Johannes Læringscenter**

Postadresse: Pb. 1576, Kjelvene, 4093 Stavanger Besøksadresse: Haugesundsgt.27, 4014 Stavanger  
Telefon: 51506600 Fax: 51506601 E-post: post@johannesls.no Hjemmeside: www.velkommentiljohannes.no