# Henvendelse til fagkonsulent syn/hørsel

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ved synshemning | Ved hørselshemning |
| Diagnose: | Diagnose: |
| Dersom bruker ikke har synshjelpemidler fra før, må rapport fra øyelege vedlegges.  Navn på øyelege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Navn på optiker: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Har synshjelpemidler fra  HMS fra før: Ja Nei | Er utredet av øre-nese-halslege: Ja Nei  Bruker må som hovedregel ha fått diagnostisert et hørselstap av spesialist for å ha rett på hørselshjelpemidler.  Navn på øre-nese-halslege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Har høreapparat: Ve. Hø.  Har hørselshjelpemidler  fra HMS fra før: Ja Nei |
| Beskriv aktuell problemstilling/henvisningsgrunn: | |
| Bor bruker alene? Ja Nei , sammen med: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nærmeste pårørende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tlf. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Har bruker gitt sitt samtykke til henvendelsen Ja Nei | |

|  |  |
| --- | --- |
| Henvist av: | Dato: |
| Stilling: | Tlf. |

Revidert: 12.05.2021