# 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 NeiBruker 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