



Søknad om dagbehandling v/ Hospice Sangen, LDS.

(Søknaden må fylles ut og undertegnes av lege. Sendes pr. post til : Hospice Sangen, Høiensalsgt. 74, 2317 Hamar. Tlf: 62 54 20 90

Pasientnavn:	Personnr:
Adresse:	
Postnr/sted:	Kommune:
	Telefon:
Pårørende:	Relasjon:
Adresse:	Tlf.nr.:

Diagnose:	
Fastlege:	Tlf.nr.:
Legesenter:	
Sykehus:	Sykehuslege:

Individuell plan: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Koordinator:
Hjemmesykepleie: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kontaktperson:
Hjemmehjelp: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kontaktperson:
Fysioterapeut: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kontaktperson:
Ergoterapeut: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Kontaktperson:
Andre: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hva/hvem:

Aktuell situasjon:

Palliative behov m/evt. kommentarer
<input type="checkbox"/> Fysiske:
<input type="checkbox"/> Psykiske:
<input type="checkbox"/> Sosiale:
<input type="checkbox"/> Åndelige/ eksistensielle:
Utfyllende komm:
<hr/>
Vi ønsker også siste aktuelle epikrise og oppdatert medisinliste.
Dato: _____ Legens underskrift: _____