



**Søknad til Lindrende Dagbehandling v/Lovisenberg Livshjelpsen**

(Søknaden må fylles ut av/undertegnes av lege. Sendes per post eller faks)

Adresse: LDS, Postboks 4970 Nydalen, 0440 Oslo. Tlf: 23 22 51 70/ faks 23 30 05 31

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

<b>Diagnose:</b>	
Fastlege:	Tlf.nr.:
Legesenter:	
Lokalt sykehus:	
Onk. lege:	Sykehus:

Individuell plan: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Koordinator:
Hjemmespl.: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Hjemmetjeneste: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Fransiskushjelp: 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:**

------------------

Dato: Underskrift/Navn henv. lege: