



Navn:			
F. dato:		Tlf:	
Adresse:			
Sivil status :		Tidl. opphold:	

Sykehus			
Kontaktperson :		Tlf:	

Diagnose:	Døgntilbud? <input type="checkbox"/>	Dagtilbud? <input type="checkbox"/>
------------------	---	--

Tidligere sykdommer	Medisiner i bruk:
----------------------------	--------------------------

Aktivitetsnivå			
Komplikasjoner			
Sår			
Orienteringsevne			
CAVE			
Kosthold		Hjemmespl.	

Avdeling sender:

Epikrise

Operasjonsbeskrivelse

Medisinoversikt

Medisiner

Sykepleier rapport

Fysikalsk rapport

Marevanliste

Søknad/henvisning Helse Midt

Annet	
Romønske	
Inndato/Siste frist for oppstart av behandling	
Info tatt av	