



<b>Navn:</b>			
<b>F. dato:</b>		<b>Tlf:</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>Sivil status :</b>		<b>Tidl. opphold:</b>	

<b>Sykehus</b>			
<b>Kontaktperson :</b>		<b>Tlf:</b>	

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

<b>Tidligere sykdommer</b>	<b>Medisiner i bruk:</b>
----------------------------	--------------------------

<b>Aktivitetsnivå</b>			
<b>Komplikasjoner</b>			
<b>Sår</b>			
<b>Orienteringsevne</b>			
<b>CAVE</b>			
<b>Kosthold</b>		<b>Hjemmespl.</b>	

**Avdeling sender:**

- Epikrise
- Operasjonsbeskrivelse
- Medisinoversikt
- Medisiner

<input type="checkbox"/>	Sykepleier rapport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fysikalsk rapport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Marevanliste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Søknad/henvisning Helse Midt	<input type="checkbox"/>

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