

## TILVISNING TIL LÆRINGS OG MESTRINGSKURS I HELSE BERGEN

**Til: Helse Bergen HF**  
**v/Dokumentasjonsavdelinga v/skanning**  
**Postboks 1400**  
**5021 Bergen**

**Pasientens navn**

---

**Personnummer**

---

**Adresse**

---

**Diagnose**

---

**Årstall for diagnose**

---

**Fast medisin**

---

**Tilvisning til**

---

**Har pasienten spesiell behov? (teleslynge, kost mm?)**

---

**Har pasienten behov for følge (ledsager)?**

---

**Har pasienten mulighet for eller ønske om deltakelse på digitalt kurs der det arrangeres? (ja/nei)**

---

**Deltar pårørende (ja/nei antall)**

---

**Tilvisande lege sitt namn**

---

**Dato og legens signatur**

---