**Henvising til synspedagog i Gjesdal, Klepp, Time og Hå**

|  |
| --- |
| **Namn:**  |
| **Fødselsnummer:** |
| **Adresse:** |
| **Postnr./stad:** |
| **Telefon:** |
| **E-Post** |
| **Næraste pårørande: Telefon:** |
| **Har brukar gitt samtykke til henvendelsen?** |

**Er det behov for tolk? JA NEI**

|  |
| --- |
| **Diagnose:** |
| **Rapport frå augelege:** |
| **Namn på augelege:** |
| **Namn på optikar:** |
| **Namn på ortoptist:** |
| **Har du vore i kontakt med synspedagog eller Stat.ped?** |
| **Har du synshjelpemiddel frå HMS frå før?** |

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problemstilling/henvisingsgrunn:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signatur/Henvist av:** | **Dato:** |
| **Stilling:**  | **Telefon:** |