



LEGEERKLÆRING – LEDSAGERBEVIS

Denne erklæringen skal fylles ut av lege. Vennligst bruk blokkbokstaver

NAVN _____ Personnr.(11 siffer) _____

ADRESSE _____

POSTNR/STED _____ TLF _____

BESKRIV PASIENTENS HELSETILSTAND:

BESKRIV BEHOVET FOR LEDSAGER:

Har søker behov for flere enn en ledsager?

JA NEI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Dato: _____

Legens underskrift og stempel: _____

Telefonnummer: _____

Søknad sendes: Skien servicesenter, Postboks 158, 3701 Skien