

**Behov for følgjesvein - legeerklæring** (fyllast ut av lege)

Ver venleg og bruk blokkbokstavar.

|  |
| --- |
| NAMN…………………………………………..…PERSONNR. (11 siffer)………………............  ADRESSE………………………………………………………………………………………………………..  POSTNR./STED…………………………………………………….TLF. …………………………………. |
| 1) Beskriv helsetilstanden til pasienten: |
| 2) Beskriv behovet for følgjesvein: |
| Andre opplysningar: |

Dato……./……20…..

Legens underskrift og stempel……………………………………………...Tlf………………..

SØKNAD SENDES KOMMUNEN