



BERGEN  
KOMMUNE

## Søknad om oppfølging fra synspedagog

### Personopplysninger

Etternavn: _____	Fornavn: _____
Fødselsnummer (11 siffer): _____	
Adresse: _____	
Postnummer: _____	Poststed: _____
Eventuell institusjon: _____	
Telefon: _____	
E-post: _____	

**Beskriv hva som er viktig for deg å få hjelp til, og bakgrunnen for behovet:**

**Har du noen medisinske diagnoser? Hvis ja, hvilke?**

**Hvordan vil du beskrive endringen din i funksjon:**

- Akutt     Rask  
 Gradvis     Ingen

**Livssituasjon:**

- Er i arbeid     Er ikke i arbeid  
 Er pensjonist     Er student

**Har du hatt oppfølging av synspedagog tidligere?**

Ja  Nei

**Transportbehov:**

- Trenger drosje     Trenger drosje tilpasset rullestol  
 Trenger oppfølging hjemme eller på institusjon     Ingen transportbehov

**Pårørende/verge:**

Navn:	Telefonnummer:
Tilknytning til søker:	

**Søknad sendes:**

Avdeling for logopedi og synspedagogikk  
Enhet for koordinering og rehabilitering  
Sandbrogaten 5  
5003 Bergen

Telefon: 55 56 42 20

<b>Signatur søker:</b>	Sted og dato:	Søkers underskrift:
<b>Søknad utfyllt av:</b> Fullmaktsskjema må legges ved hvis søker er over 18 år og ikke kan signere.	Sted og dato:	Søkers underskrift:

