



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 syn, hørsel og logopedi
Damsgårdsveien 40
5058 Bergen

Telefon: 55 56 51 20

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