 

**Henvisningsskjema for Friskliv – resept**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødselsdato: |
| Adresse: | Postnr: |
| Telefon: | Epost: |
| Yrke: |

Er personen sykemeldt? 🞎 Nei 🞎 Ja (grad)\_\_\_\_\_

Er personen motivert for livsstilsendring? 🞎 Ja 🞎 Nei 🞎 Ambivalent

Eventuelle begrensninger:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuelle nyttige opplysninger:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vekt:\_\_\_\_\_\_\_\_Høyde:\_\_\_\_\_\_\_ BMI:\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Kryss av for ønsket kurs:**

|  |  |
| --- | --- |
| BraMat/Ernæring |  |
| Røyke/Snus slutt |  |
| Mestring |  |
| Søvnkurs |  |

Egenandel pr. kurs: 400 kr

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Henvist av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fastlege:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg samtykker herved at fastlege og henviser blir underrettet om min 12 ukers deltakelse i Frisklivssentralen. Og eventuelt andre oppfølgende instanser.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deltakers signatur