



Meløy kommune
Demensteam
Christian Tidemanns vei 20
8150 Ørnes

HENVISNINGSSKJEMA

Dato:

Navn: Fødselsnr:

Adresse:.....

Telefon:.....

Henvising fra (sett kryss):

- Søker selv
- Pårørende
- Hjemmetjenesten
- Omsorgssenter
- Lege
- Annet

Ønsker vurdering av demensteam

Kort informasjon om problemstilling/ diagnose:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Underskrift: