**Dato:**

**GATEHOSPITALET**

Palliativ plass

**Borggata 2, 0650 Oslo, Telf.nr. 22 57 63 33 /22 08 36 70 Faksnr. 23 24 00 10**

**Pasientens navn: …………………………………………………………………………….**

**Personnummer: ……………………………………………………………………………**

**Pasientens bosted:………………………………………………………………………….**

**NAV – kontaktperson og tlf.: ……………………………………………………………….**

**Henviser navn, rolle og tlf.: …………………………………………………………………**

**LAR ja/nei - ev. kontaktperson i LAR: ………………………………………………….**

**Annen viktig person i nettverk og tlf.: …………………………………………………**

**……………….………………………………………………………………………………..**

**Pårørende: …………………………………………………………………………………..**

**Pasientens diagnose: …………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**Medikamenter: ………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Hjelpemidler: …………………………………………………………………………………**

**Kort beskrivelse av ønske med oppholdet og plan fremover:**