

Visitations- og Betalingsblanket til behandling af mentale helbredsproblemer

Navn:	
CPR nr.:	
Adresse:	
Postnr.: / By:	
Tlf. nr.:	
Status (i arbejde, sygemeldt, ledig m.m.):	

Egen læge:	
Adresse:	
Postnr.: / By:	
Tlf. nr.:	

Hvis modtager af behandling har en arbejdsgiver, bedes nedenstående oplysninger udfyldes:

Arbejdsgivere:	
Adresse:	
Postnr.: / By:	
Tlf. nr.:	

Betalingsinstans:	
EAN nr.:	
CVR nr.:	
Adresse:	
Postnr.: / By:	
Henviser:	
Henvisers tlf. nr.:	
Henvisers e-mail:	

Der gives betalingstilsagn til ydelse:

Navn på modtagere af behandling

Underskrift / Stempel

Supplerende helbredsoplysninger

Navn:	
CPR nr.:	
Adresse:	
Postnr.: / By:	
Tlf. nr.:	
Status (i arbejde, sygemeldt, ledig m.m.):	

Hvad ønskes der hjælp til:
Vedlagte bilag om tidligere og aktuelle tiltag (Lægefaglige vurderinger, andre faggruppers vurderinger, egne tiltag):
Hvilket netværk haves:
Visitations og betalingsblanketten + de supplerende helbredsoplysninger udfyldes og sendes til: <p style="text-align: center;">lifeFRAMING v. Anne-Marie O. Thomsen Sct. Villads Stræde 1A 8800 Viborg Mobil: 2338 7276</p>