

Forhåndsmelding barn m/ervertet hjerneskode

Pasientinitialer og fødselsnummer:	
Kommune/-bydel:	
Kontaktperson i kommunen -navn: -telefon:	
Diagnose:	
Skade-/sykdomsdato:	
Ev. GCS (laveste første 24 timer):	
Dato forventet klar for overflytting:	
Vesentlige funksjonsnedsettelse:	
Ev. bidiagnoser:	
Annet relevant informasjon:	

Dato: _____ **Henviseende lege:** _____