

## Frisklivsresept

Fyllast ut av lege eller anna helsepersonell

Personopplysningar (alle felt MÅ fyllast ut)			
Namn deltakar:			
Fødselsnr. (11 siffer):			
Adresse:			
Telefon:			
E-post:			
Årsak for tilvisninga og anna relevant informasjon (kort beskriving av intensjonen bak tilvisinga)			
Anna helseinformasjon – fyll ut dersom aktuelt			
<input type="checkbox"/>	Diabetes 2	<input type="checkbox"/>	Utbrend/sliten
<input type="checkbox"/>	Hjarte- og karliding	<input type="checkbox"/>	Inaktiv
<input type="checkbox"/>	KOLS	<input type="checkbox"/>	Overvektig/fedme: BMI: ____ Vekt: ____ Høgde: ____
<input type="checkbox"/>	Milde psykiske plagar		
Eventuelt kontraindikasjonar/omsyn ved deltaking på tilbod:			
Ønskjer hjelp med (fleire alternativ er mogleg)			
<input type="checkbox"/>	Livsstilsending	<input type="checkbox"/>	Meistring av helseutfordringar/ kroniske belastningar
<input type="checkbox"/>	Betre kosthald	<input type="checkbox"/>	Leve godt med KOLS
<input type="checkbox"/>	Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	Kurs for familiar med overvektige barn
<input type="checkbox"/>	Snus/røykeslutt		
Fastlege (fullt namn)		Legekantor	
Tilvist av (fullt namn)		Tittel	
		Arbeidsplass	
Dato		Signatur	

**Oppfølging på frisklivsresept varar i 6 månadar.**

**Send resept til postadresse oppgitt under,  
eller lever den fysisk i resepsjonen på Straume Terapisenter.**