 **Gatehospitalet Oslo**, **Borggt. 2, 0650 Oslo**

 **Tlf. 22 08 36 70 Faks 23 24 00 10**

 **Maildresse**: gatehospitalet.inntak@frelsesarmeen.no

**For GH:**

**Søknad mottatt: Registrert: Scoring med**

**dato: Inntak dato: Beskjed gitt: JA NEI Til hvem:**

**Søker om palliativ plass ja/nei:**

***PASIENTINFORMASJON:***

**Navn** (kun initialer ved fax/e-post):

**Personnr** (to siste i årstall ved fax/e-post):

**Forespørsel fra følgende institusjon:**

**Kontaktperson + Tlf:**

**Pårørende + Tlf:**

**LAR ja/nei** (evt. Kontaktperson i LAR)

**NAV-kontor:**

**Kontaktperson/Ruskonsulent + Tlf:**

**Ønsket dato/plan for innleggelse:**

 **Gatehospitalet Oslo**, **Borggt. 2, 0650 Oslo**

 **Tlf. 22 08 36 70 Faks 23 24 00 10**

 **Maildresse**: gatehospitalet.inntak@frelsesarmeen.no

**Somatiske problemstillinger:**

**Kjent smitte (MRSA, ESBL,VRE ol.):**

**Psykisk helse:**

**Rusmidler:**

**Voldsrisiko:**

**Medikamenter:**

**Hjelpemidler:**

**Formålet med oppholdet:**