

AVTALENOTAT mellom pasient, kommune og St.Olavs Hospital, divisjon psykisk helsevern.

Møte vedrørende:		
Møtested:		
Dato:		
Tilstede på møtet:		
Oppsummering/konklusjon:		
Underskrevet original til pasient. Kopi til kommune og enhet i psykisk helsevern.		
<u>Pasient:</u>	<u>Kommune:</u>	<u>Avd. i Psykisk Helsevern:</u>
<u>Navn:</u>	<u>Navn/stilling/tel:</u>	<u>Navn/stilling/tel:</u>
Sign.	Sign	Sign

