

Registreringsskjema

Fødsels- og personnr: _____ (11 siffer) Navn: _____ Adresse: _____ Postnr: _____ Sted: _____ Mobiltelefon _____ e-post _____	e-post: muskelregisteret@unn.no hjemmeside: www.muskelregisteret.no Postadr: Muskelregisteret Postboks 20 Universitetssykehuset Nord Norge 9038 Tromsø
Diagnose	
Hvilken nevromuskulær sykdom har du? _____	
Om utfyllingen	
Dato: _____	
Følges opp ved:	
<input type="checkbox"/> Sørlandet sykehus HF	<input type="checkbox"/> Helse Førde HF
<input type="checkbox"/> Helse Fonna HF	<input type="checkbox"/> Sykehuset Innlandet HF
<input type="checkbox"/> Helse Stavanger HF	<input type="checkbox"/> Helse Møre og Romsdal HF
<input type="checkbox"/> Sykehuset Telemark HF	<input type="checkbox"/> Helse Nord-Trøndelag HF
<input type="checkbox"/> Sykehuset i Vestfold HF	<input type="checkbox"/> St. Olavs Hospital HF
<input type="checkbox"/> Vestre Viken HF	<input type="checkbox"/> Helgelandssykehuset HF
<input type="checkbox"/> Sykehuset Østfold HF	<input type="checkbox"/> Nordlandssykehuset HF
<input type="checkbox"/> Akershus universitetssykehus HF	<input type="checkbox"/> UNN HF
<input type="checkbox"/> Oslo universitetssykehus HF	<input type="checkbox"/> Finnmarkssykehuset HF
<input type="checkbox"/> Helse Bergen HF	<input type="checkbox"/> Ukjent
<input type="checkbox"/> Legekantor: _____	