

Skjema for medisinsk godkjenning
til behandlere

Skjemaet fylles ut og underskrives i forbindelse med en søknad Make-A-Wish Norge har mottatt om å oppfylle et ønske for:

Pasientens navn: _____

Sykdom/diagnose: _____

Pasientens foresatte: _____

Pasientens behandlere: _____

Til barnets lege: Vennligst sett kryss

Pasienten er berettiget til å få sitt ønske behandlet av Make-A-Wish Norge. Jeg er kjent med barnets fysiske tilstand og bekrefter at barnet, på nåværende tidspunkt, er diagnostisert med en livstruende sykdom, og som en følge av dette er barnets liv i fare.

Dersom diagnosen ikke er oppført i den medisinske godkjenningslisten, eller om det er en sekundær diagnose eller komplikasjon som gjør at barnet befinner seg i en livstruende situasjon, vær vennlig å forklare kort under. NB. Dersom vi har spørsmål i forhold til hvorvidt barnet kvalifiserer, tar vi kontakt.

(Forklar her barnets tilstand som gjør at det kvalifiserer):

ELLER

Pasienten er ikke berettiget.
Jeg er kjent med barnets medisinske tilstand og konkluderer at barnet ikke er medisinsk kvalifisert på nåværende tidspunkt.

Dersom det er en medisinsk grunn til at barnet må få sitt ønske oppfylt innen en viss tidsfrist, vær vennlig å forklare dette her:

Underskrift behandlende lege

Signatur:

Dato:

Vær vennlig å returnere til:

Make-A-Wish Norge
c/o Miksmaster
Torggata 11 b
0181 Oslo

eller

mona@makeawishnorge.no