**Skjema for medisinsk godkjenning til behandlende lege**

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 behandlende lege:



**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 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:

Vennligst fortell om prognosen:

Underskrift behandlende lege



Signatur: Dato:

Vær vennlig å returnere til:

Stiftelsen Make-A-Wish Norge

c/o Nicole Dante Intveen

Skogveien 4B

1358 JAR

eller post@makeawishnorge.no