

FRISKLIVSRESEPT

Dato:

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Telefon:

- ☐ Fysisk aktivitet
- ☐ Kosthold
- ☐ Snus -/røykeslutt

Henvises for:

.....

Merknader:.....

.....

.....

Behov for tolk: ☐ Språk:

Frisklivssentralen tar kontakt ved mottatt resept. Du kan kontakte oss på telefon 46907841 eller e-post frisklivssentralen@bsa.oslo.kommune.no.

(NAVN PÅ HENVISER)