|  |
| --- |
|  |
| Frøya kommune |
|  |
| Dato: ………………………………………………………………………………………….. |
| Navn: ………………………………………………………………………………………….. |
| Født: ………………………………………………………………………………………….. |
| Adresse: ………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………… |
| Telefon: ………………………………………………………………………………………….. |
|  |
|  Fysisk aktivitet |
|  Kosthold |
|  Snus -/røykeslutt |
|  Kurs i mestring av belastning (KiB)  |
|  Kurs i mestring av depresjon (KiD)  |
|  |
| Merknader: ………………………………………………………………………………………….. |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Behov for tolk: Språk: …………………………………………………………………... |
|  |
| Ta kontakt med frisklivssentralen for å avtale tid for helsesamtale ☺  |
| Frisklivskoordinator - Pia Kathrine Espnes OhrenTelefon: 94879141E-post: frisklivssentralen@froya.kommune.no |
| Henviser |