

## Søknad om medbringning av Metadon/ Subutex ved reiser

---

Navn:	
Fødselsnummer:	
Oppstartdato For LAR- behandling:	

Avreisedato:	
Hjemkomstdato:	

Reisemål:	
-----------	--

Nærmeste apotek:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Annen instans som kan besørge utlevering av Metadon/ Subutex/ urinprøvetaking	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Kort om reisens formål:	
----------------------------	--

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

### **For LAR Helse Stavanger:**

Behandlet dato:	
Innvilget:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Ansvarlig for tilrettelegging:	