

Navn: _____ Født: _____

Har **hemofili** _____ Grad: _____

Ved blødning ring:

Foresatt: _____ Tlf.: _____

Foresatt: _____ Tlf.: _____

Sykehus: _____ Tlf.: _____ Linje: _____

Senter for sjeldne diagnoser

Tlf.: 23 07 53 40