

Navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Har **hemofili** \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_

**Ved blødning ring:**

Far: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Mor: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Sykehus: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_ Linje: \_\_\_\_\_

**Senter for sjeldne diagnoser**

**Tlf.: 23 07 53 40**