



Løpenr. profil:

Henvising til ReHabiliteringstjenesten

(Ergoterapi – Fysioterapi – Synskontakt – Hørselskontakt)

Navn:		Fødselsnr: (11 siffer)	
Adresse:		Telefon:	
Postnr.:	Poststed:	Mobil tlf:	
Pårørende:		Telefon:	
Barnehage/skole:		Telefon:	
Fastlege:		Telefon:	
Behov for tolk	JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>	Språk:

* Hva ønsker du hjelp til? (Sett kryss i aktuell boks)

Vurdering/Kartlegging angående:	Trening/Behandling:
Aktivitetsproblem <input type="checkbox"/>	Gruppetrening <input type="checkbox"/>
Trening/Behandling <input type="checkbox"/>	Individuell behandling <input type="checkbox"/>
Hjelpemidler <input type="checkbox"/>	
Boligtilrettelegging <input type="checkbox"/>	
Annet <input type="checkbox"/>	Må behandling skje i hjemmet JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>

* **Beskriv aktuelt problem og eventuell diagnose:**

--

* Hva ønsker du hjelp til?

--

* Har du kontakt med andre instanser, og eventuelt hvilke?

--

Henvist av:	
Stilling:	Arbeidssted:
Dato:	Mottatt av:
* Pasient/verge/foresatte har gitt samtykke til henvendelsen	<input type="checkbox"/>
* Pasient/verge/foresatte samtykker til innhenting av informasjon fra andre samarbeidspartnere	<input type="checkbox"/>

* Felt merket med stjerne må fylles ut!

ReHabiliteringstjenesten er praksisplass for studenter.

Dersom du **ikke** ønsker besøk av **studenter** – sett kryss:

Revidert 14.12.15