



## Henvisningskjema for ergo- og fysioterapitjenesten

<b>Navn</b>		<b>Fødselsnr.</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Tlf</b>	
<b>Postnr/ -sted</b>		<b>Mobil</b>	
Sivilstatus/ sosialt nettverk/ boligsituasjon			
Nærmeste pårørende		Tlf/ mobil	
Ev. barnehage/ skole/ institusjon + avd.		Tlf/ mobil	
		Kontaktpers.	
Fastlege		Tlf/ mobil	

### Henvises til (sett kryss foran valgt tjeneste)

<input type="checkbox"/>	ERGOTERAPI	<input type="checkbox"/>	FYSIOTERAPI	<input type="checkbox"/>	-på institusjon	<input type="checkbox"/>	-poliklinisk	<input type="checkbox"/>	-må ha tjenesten i hjemmet
--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------------

Har vedkommende hjelp fra andre tjenester? (sett kryss og ev. fyll inn info)	<input type="checkbox"/>	Syns-/ hørselskontakt	<input type="checkbox"/>	Andre tjenester	Navn:
	<input type="checkbox"/>	Hjemmetjeneste	Sone + kontaktperson:		
	<input type="checkbox"/>	Ergoterapeut	Navn:	<input type="checkbox"/>	Fysioterapeut

<b>Henvisningsårsak</b>  <u>Relevante</u> diagnoser/ symptomer Beskriv <u>aktuelt</u> aktivitets-/ funksjons- problem, og <u>når</u> dette	
--	--

(Ved behov legg ved ytterligere opplysninger)

Til internt bruk:

Mottatt av <b>DATO / NAVN</b>		Prioritet		Oppstart innen <b>UKE / DATO</b>	
----------------------------------	--	-----------	--	-------------------------------------	--

oppstod. Hvilke følger får dette i det daglige?	
Hva ønskes det hjelp til?	

Henvist av		Dato	
Stilling/ relasjon		Tlf.	
Arbeidssted		Mobil	
Vedkommende/ pårørende/ verge/ foresatte er informert om henvisningen (sett kryss).			<input type="checkbox"/>

*Til internt bruk:*

Mottatt av <b>DATO / NAVN</b>		Prioritet		Oppstart innen <b>UKE / DATO</b>	
----------------------------------	--	-----------	--	-------------------------------------	--