

TILVISING TIL ERGO- OG FYSIOTERAPITENESTA

(Alle felt må fyllast ut for at tilvisinga skal kunne vurderast riktig)

Namn:		Fødselsnr:	
Adresse:		Telefon:	
Postnr/stad:		Boligsituasjon: (leilegheit, einebustad, alt på eitt plan?)	
Sivil status:			
Pårørande:		Telefon:	
Språk:		Behov for tolk:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Har du hjelp frå andre tenester?	<input type="checkbox"/> Heimeteneste (sone): _____	Kontaktperson:	Telefon:
	<input type="checkbox"/> Opphald på institusjon <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> LTP (namn/avd.) _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Syn-/høyrselkontakt	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Andre tenester _____	_____	_____
Fastlege:		Telefon:	
Diagnosar:	(Angi aktuelle diagnosar og særskilde omsyn, <i>til dømes smitte</i>)		
Beskriv <u>aktuelt</u> problem, og korleis dette påverkar kvardagen din:	(Funksjonstap, alvorsgrad, anna)		

Når oppstod dette?	(Rask eller gradvis funksjonsending?)
Korleis kan vi bidra til at du når måla dine?	
Andre viktige opplysningar:	(Igangsette tiltak, hjelpemiddel, anna)
	Er gruppetilbod aktuelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Må tenesta ytes i heimen? <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja

Tilvist av:			
Stilling/relasjon:		Arbeidsstad:	
Dato:		Telefon:	
		E-post:	

Pasient / verje / føresette har gitt sitt samtykke til tilvisinga: nei ja

Eg gir løyve ____/gir ikkje løyve ____ (set kryss) til at ergoterapeut/fysioterapeut hentar inn relevant informasjon frå andre instansar, som til dømes heimetenesta, fastlege, næraste pårørande, sjukehus, sjukeheim eller andre.

Sendast til:

Ålesund kommune
 Avd. fysioterapi, ergoterapi, og syn/hørsel
 Olav Sundes veg 2 (Spjelkavik omsorgssenter)
 6018 Ålesund

Fyllast ut av tenesta:

Motteke av DATO/NAVN			Prioritet		Oppstart innan VEKE/DATO		
Kommentarar:							