Voksne/eldre

Til intern saksbehandling:

Mottatt dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bruker ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Henvendelse til ergoterapi, fysioterapi, hverdagsrehabilitering, logoped, seniorhelse og hukommelsesteam.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødselsnr (11 siffer): |
|  |  |
| Adresse: | Telefon: |
|  |  |
| Postnr./Poststed: | Mobiltlf. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pårørende: | Telefon: |
|  |  |
| Relasjon til søker: |
|  |
| \* Fastlege: | Telefon: |
|  |  |
| Behov for tolk: | Språk: |
|  |  |

|  |
| --- |
| \* Hva ønsker du hjelp til? Sett kryss i aktuell boks |
| [ ]  Fysioterapi[ ] Hverdagsrehabilitering | [ ]  Ergoterapi[ ] Hukommelsesteam  | [ ]  Logopedtjeneste [ ]  Seniorhelse |  |
| Vurdering/kartlegging angående: |
| [ ]  Aktivitetsproblem[ ]  Trening/behandling | [ ]  Hjelpemidler[ ]  Boligtilrettelegging | [ ]  Syns- og hørselstekniske hjelpemidler[ ]  Kommunikasjons-/svelgvansker |
| Annet: |
|  |

|  |
| --- |
| \* Beskriv aktulle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| \* Diagnose: | Diagnosekode: |
|  |  |
| Henvendelse fra: | [ ]  Epikrise/rapport følger vedlagt |
|  |
| Stilling: | Arbeidssted: | Telefon: |
|  |  |  |
| \* Pasient/verge har gitt samtykke til henvendelsen? | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| \* Pasient/verge samtykker til innhenting av informasjon fra aktuelle samarbeidspartnere | [ ]  Ja | [ ]  Nei |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sted: | Dato | Underskrift søker: |  |
|  |  |  |