Voksne/eldre

Til intern saksbehandling:

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

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

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

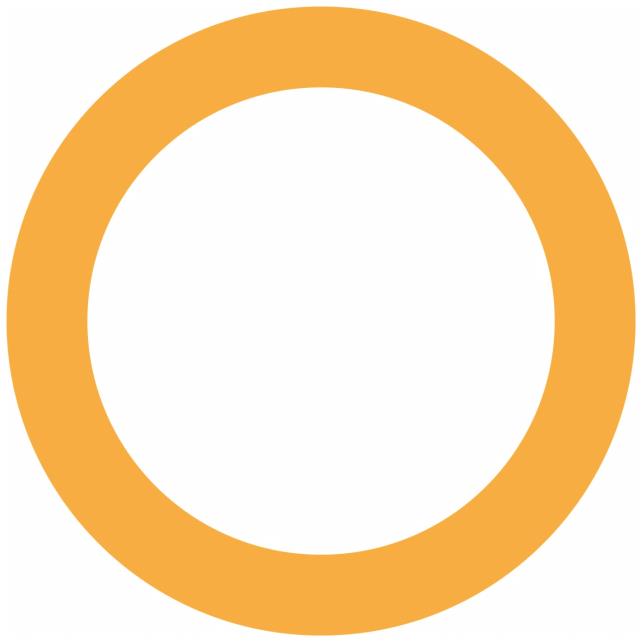
|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Fødselsnr (11 siffer): |
|  |  |
| Adresse: | Telefon: |
|  |  |
| Postnr./Poststed: | Mobiltlf. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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: |  |
|  |  |  | |