

Til intern saksbehandling:

Mottatt dato: _____

Bruker ID: _____

Voksne/eldre

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		
<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Logopedtjeneste
<input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering	<input type="checkbox"/> Hukommelsesteam	<input type="checkbox"/> Seniorhelse
Vurdering/kartlegging angående:		
<input type="checkbox"/> Aktivitetsproblem	<input type="checkbox"/> Hjelpemidler	<input type="checkbox"/> Syns- og hørselstekniske hjelpemidler
<input type="checkbox"/> Trening/behandling	<input type="checkbox"/> Boligtilrettelegging	<input type="checkbox"/> Kommunikasjons-/svelgvansker
Annet:		

* Beskriv aktuelle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen.
--

* Diagnose:	Diagnosekode:	
Henvendelse fra:	<input type="checkbox"/> Epikrise/rapport følger vedlagt	
Stilling:	Arbeidssted:	Telefon:
* Pasient/verge har gitt samtykke til henvendelsen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
* Pasient/verge samtykker til innhenting av informasjon fra aktuelle samarbeidspartnere		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

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

* Felt merket med stjerne * MÅ fylles ut!

Januar2015sj-V2

Utfylt skjema sendes: Bodø Rehabiliteringssenter, Gamle Riksvei 18, 8008 Bodø

