Løpenr. profil:



**Henvisning til ReHabiliteringstjenesten**(Ergoterapi – Fysioterapi – Synskontakt – Hørselskontakt)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn:** |  | **Fødselsnr: (11 siffer)** |  |
| **Adresse:** |  | **Telefon:** |  |
| **Postnr.:** |  | **Poststed**: |  | **Mobil tlf:** |  |
| **Pårørende:** |  | **Telefon:** |  |
| **Barnehage/skole:** |  | **Telefon:** |  |
| **Fastlege:** |  | **Telefon:** |  |
| **Behov for tolk** | JA NEI | **Språk:** |  |

**\* Hva ønsker du hjelp til?** (Sett kryss i aktuell boks)

|  |  |
| --- | --- |
| **Vurdering/Kartlegging angående:**AktivitetsproblemTrening/BehandlingHjelpemidlerBoligtilretteleggingAnnet | **Trening/Behandling:**GruppetreningIndividuell behandlingMå behandling skje i hjemmet JA NEI  |
| **\* Beskriv aktuelt problem og eventuell diagnose:** |
| **\* Hva ønsker du hjelp til?** |
| \* **Har du kontakt med andre instanser, og eventuelt hvilke?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Henvist av: |  |
| Stilling: |  | Arbeidssted: |  |
| Dato: |  | Mottatt av: |  |
| **\*** Pasient/verge/foresatte har gitt samtykke til henvendelsen |
| **\*** Pasient/verge/foresatte samtykker til innhenting av informasjon fra andre samarbeidspartnere |

\* Felt merket med stjerne må fylles ut!

ReHabiliteringstjenesten er praksisplass for studenter.
Dersom du **ikke** ønsker besøk av **studenter** – sett kryss: