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:**  Aktivitetsproblem  Trening/Behandling  Hjelpemidler  Boligtilrettelegging  Annet | **Trening/Behandling:**  Gruppetrening  Individuell behandling  Må 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: