



Henvisning til rehabiliteringstenesta

Skjema		
Henvisninga gjeld		
Henvisninga gjeld <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel		
Personalia til den som vert henvist		
Fornamn	Etternamn	Diagnose
Adresse	Postnummer, stad	Telefon
Føresette/pårørande		
Er vedkommande informert om henvisninga? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Vedkommande mottek følgjande tenester <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie <input type="checkbox"/> Heimehjelp <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Transportteneste		
Eventuelle andre tenester		
Bistand/vurdering blir ynskt i høve til:		
Henvist av		
Namn	Adresse	
Telefon	Forhold til vedkommande	Dato
Mottatt		
Mottatt dato	Ergo/fysioterapeut	