



## Tilvising til rehabiliteringstenesta

### Tilvisinga gjeld (tilvising kan sendast inn av både privat- og fagpersonar)

- Ergoterapi  
 Fysioterapi  
 Syn  
 Hørsel

### Personlege opplysningar

Fornamn	Etternamn	Personnummer
Adresse	Stad	Telefon
Fastlege	Diagnose	

Mottek du/brukaren andre tenester ( til dømes fysioterapi, heimesjukepleie, PPT )

Bakgrunn for tilvising/vurdering

### Føresette/pårørande

Fornamn	Telefon
---------	---------

Er føresette/pårørande informert om tilvisinga?

- Ja  
 Nei

### Tilvist av

Namn	Adresse	
Forhold til vedkommande	Telefon	Dato

### Mottatt

Dato	Ergo/fysioterapeut
------	--------------------