

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:

<b>* Hva ønsker du hjelp til? Sett kryss i aktuell boks</b>		
<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:		

<b>* Beskriv aktuelle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen.</b>
--

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

<b>Sted:</b>	<b>Dato</b>	<b>Underskrift søker:</b>
--------------	-------------	---------------------------

\* Felt merket med stjerne \* MÅ fylles ut!

Januar2015sj-V2

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

