



| | |
|--|---------------------------------------|
| | Fysioterapi |
| | Ergoterapi |
| | Innsats- og rehabiliteringsteam (IRT) |
| | Gruppe |

Til internt bruk

Mottatt dato:

Prioritet:

Frist:

Gericanr:

| | | | |
|--|--|----------------------|-------------|
| Navn: | | Fødselsnr: | |
| Adresse: | | Postnr./sted: | Tlf: |
| Pårørende: | | Tilknytning: | Tlf: |
| Innlagt institusjon ved henvisning (hvilken): | Planlagt ut-dato: | | |
| Hjemmевærende ved henvisning: | JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> | | |
| Er du i stand til å komme deg ut av hjemmet? | | | |

Hva har du problemer med i det daglige / hvilke aktiviteter ønsker du å mestre?

Medisinske opplysninger / diagnose:

Når oppsto problemene/funksjonsfallet?

Har det vært noen endring av funksjon den siste tiden – når og hva?

Mottar du kommunale tjenester fra før? JA NEI

Er det henvist andre kommunale tjenester på grunn av det aktuelle? JA NEI

Hvis ja – hvilke tjenester? (hjemmesykepleie, hverdagsrehabilitering, fysikalsk institutt, demenskoordinator, kreftkoordinator eller andre):

Henvist av:

Stilling:

Arbeidssted:

Tlf:

Dato:

Bruker er informert om henvisning JA NEI

Ut fra opplysningene på henvisningen gjør vi en faglig vurdering og prioritering. For at vi skal få tilstrekkelig informasjon til å prioritere riktig, **er det viktig at du fyller ut alle feltene**. Send henvisningen til:

Nordre Follo kommune
Ergoterapi voksen / Fysioterapi voksen
Postboks 3010
1402 Ski