**Henvisning til ergo- fysioterapitjenesten for personer over 16 år**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** | **Fødselsnr:** |
| **Adresse:** | **Telefonnummer:** |
| **Postnummer:** | **Sted:** |
| **Epost:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fastlege:** | **Legekontor:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nærmeste pårørende:** | **Relasjon til søker:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Behov for tolk?:** | **Språk:** |

|  |
| --- |
| **Mottar søker andre kommunale tjenester, i tilfelle hvilke?:** |

|  |
| --- |
| **Henvist av:** |
| **Relasjon til søker:** |
| **Har søker gitt sitt samtykke til henvendelsen?:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hva gjelder henvendelsen?** | |
| **Ergoterapi:** | **Fysioterapi:** |

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuelle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen:** |

|  |
| --- |
| **Relevante diagnoser:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vurdering/kartlegging angående:** | | |
| **Aktivitetsproblemer:** | **Boligtilrettelegging:** | **Kommunikasjonsvansker:** |
| **Trening/behandling:** | **Hjelpemidler:** | **Syn/hørselshjelpemidler:** |

***NB! Ved behov for synshjelpemidler kreves oppdatert uttalelse fra spesialist***