**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***