

**Henvisning til avd. ReHabilitering, voksen 18+**

<input type="checkbox"/>	Fysioterapi
<input type="checkbox"/>	Ergoterapi
<input type="checkbox"/>	Gruppe

Til internt bruk
Mottatt dato:
Prioritet:
Frist:

Navn:		Fødselsnr:	
Adresse:		Postnr./sted:	Tlf:
Pårørende:		Tilknytning:	Tlf:
Er du i stand til å komme deg ut av hjemmet?		JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	

Hvorfor søker du hjelp hos oss? (Diagnose, mobilitet, nedsatt funksjon etc.)
Hva har du problemer med i det daglige?
Når oppstod problemene/funksjonsfallet? Har det vært noen endring av funksjon den siste tiden, når og hva?
Hvilke aktiviteter ønsker du å mestre bedre/opprettholde?

Henvist av:	
Stilling:	Arbeidssted:
Dato:	Tlf:
Bruker er informert om henvisning	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>

Ut ifra opplysningene på henvisningen gjøres det en faglig vurdering og prioritering etter Avd. ReHabilitering sin prioriteringsnøkkel. For at vi skal få tilstrekkelig informasjon til å prioritere, **må alle felt fylles ut.**

Ufullstendig henvisning sendes i retur.

Henvisning sendes til Avdeling Rehabilitering, Postboks 3010, 1402 Ski