

Henvising til ergo- fysioterapitjenesten

	Ergoterapi
	Fysioterapi
	Tekniske hjelpemidler

Til intern bruk

Mottatt dato:
Registrert CosDoc:
Prioritet:
Frist:

Navn:		Fødselsnr:	
Adresse:		Postnr/sted:	Tlf:
Pårørende/foresatte:		Tilknytning:	Tlf:
Barnehage/skole:			Tlf:
Fastlege:			Tlf:

Voksen hjemmeboende:
Er du i stand til å komme deg ut av hjemmet? JA ☐ NEI ☐

Medisinske opplysninger/diagnose(r):

**Beskriv aktuelt aktivitets-/funksjonsproblem, og når dette oppstod:
Hvilke følger får dette i det daglige?**

Mottar du kommunale tjenester fra før, eller er det henvist andre tjenester på grunn av det aktuelle? Hvis ja, noter hvilke tjenester:

Henvist av (navn):

Dato:

Instans/forhold til bruker:

Tlf:

Bruker er informert om henvising: JA ☐ NEI ☐

☐ Det samtykkes til at relevant informasjon kan utveksles med aktuelle samarbeidspartnere og at rapport fra tjenesten kan sendes til aktuelle instanser. Kryss av i felt til venstre for samtykke.

_____ Signatur bruker/foresatt/pårørende

Vi gjør oppmerksom om at Ergo- fysioterapitjenesten i Siljan kommune bruker en prioriteringsnøkkel ved nye henvendelser. Hensikten med det er å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen i tråd med målsetningen for tjenesten. Bruker får tilbakemelding om at henvising er mottatt innen 14 dager, og informasjon om evt. Ventetid før tiltak kan iverksettes.