

Henvisning til ergoterapi

Løpenr. profil:

Navn:				Fødselsnr.: (11 siffer)	
Adresse:				Kommune:	
Postnr.:		Poststed:		Telefon:	
Pårørende:				Telefon:	
Barnehage/skole:				Telefon:	
Fastlege:				Telefon:	
Behov for tolk:				Språk:	

Hva ønsker du hjelp til? (Sett kryss i aktuell boks)

Vurdering/kartlegging angående:

- ☐ Hjelpemidler
- ☐ Trening/behandling/hverdagsrehabilitering
- ☐ Aktivitetsproblem
- ☐ Boligtilrettelegging
- ☐ Annet

Beskriv aktuelt problem, og eventuell diagnose:

Hva ønsker du hjelp til?

Har du kontakt med andre instanser? Eventuelt hvilke?

Henvist av:			
Stilling:		Arbeidssted:	
Dato:		Mottatt av:	
☐ Pasient/verge/foresatte gitt samtykke til henvendelsen			
☐ Pasient/verge/foresatte samtykker til innhenting av informasjon fra andre samarbeidspartnere			