

**HENVISING TIL FYSIO- OG ERGOTERAPITENESTEN**

Ynskje om vurdering av			
<input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Høyrseel <input type="checkbox"/> Tekniske hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Kvardagsrehabilitering			
Personalialia			
Etternamn		Fornamn (og evt. mellomnamn)	Fødselsnummer (11 tall)
Adresse	Postnr.	Poststad	Telefon
Kontaktperson på dagtid (institusjon/skole/barnehage/annet)		Telefon	
Omsorgssituasjon			
Vaksne:		Born:	
<input type="checkbox"/> Bur i eigen heim		<input type="checkbox"/> Bur hjå begge foreldra	
<input type="checkbox"/> Bur i omsorgsbustad		<input type="checkbox"/> But hjå ein av foreldra	
<input type="checkbox"/> Institusjon		<input type="checkbox"/> Bur i fosterheim	
		<input type="checkbox"/> Pendlar mellom mor og far	
<input type="checkbox"/> Anna:		<input type="checkbox"/> Anna:	
Næraste påørande:			
Namn	Tilknyting til brukar	Telefon	
1.			
2.			
Helsepersonell:			
Fastlege:			
Anna til dømes. augelege, optikar, høyrseel-lege, audiograf (namn, adresse telefon)			
Aktuell diagnose/problemstilling (ta gjerne med tidspunktet for når evt. diagnose ble stilt)			
Diagnose/problemstilling:			



Kva er det i det daglege som du ikkje får til/ ikkje meistrar/ bekymrar deg for?			
(legg evt. ved eige skriv dersom det blir for liten plass i dette feltet)			
<b>Dokumentasjon</b>			
<b>Scooter/elektrisk rullestol:</b> I samband med søknad som gjeld scooter/elektrisk rullestol samtykkjer eg til at terapeut innhentar naudsynte helseopplysningar frå fastlege. JA <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			
<b>Varmehjelpemiddel:</b> I saker som gjelder varmhjelpemiddel er det naudsynt med anbefaling med diagnose frå fastlege.			
<b>Har allereie tilbod frå:</b>		<b>Kontaktopplysningar (namn og telefon)</b>	
<input type="checkbox"/> Privatpraktiserande fysioterapeut			
<input type="checkbox"/> Heimeteneste			
<input type="checkbox"/> Helsestasjon/skulehelseteneste			
<input type="checkbox"/> Anna (til dømes psykisk helseteneste, PPT, barnevern)			
<b>Koordinering i saken:</b>			
<input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe/individuell plan (IP)			
<input type="checkbox"/> Nei dette er ikkje oppretta		<input type="checkbox"/> Ikkje aktuelt i saken	
<b>Kven har fylt ut denne søknaden:</b>			
Namn:	Stilling/relasjon til søkar	Dato:	Telefon
<b>Fullmakt</b>			
Underskrift			
Eg gir herved helse- og omsorgsetaten fullmakt til å innhenta naudsynte medisinske opplysningar for å behandla søknaden samt utveksla informasjon med andre helsepersonell/samarbeidspartnerar involvert i behandlinga (jf. Lov om Helsepersonell, kap. 5 – Taushetsplikt og opplysningsrett).			
Sted/dato:		Underskrift av søker (evt føresette/verge):	
Dersom du har spørsmål kring din søknad kan du kontakta fysio-/ ergoterapitenesta på tlf: 53 74 82 17			