

## Ergoterapi

## Henvendelse til ergoterapi

|                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| Navn:             | Fødselsnr (11 siffer): |
| Adresse:          | Telefon:               |
| Postnr./Poststed: | Mobiltelefon:          |

|                     |          |
|---------------------|----------|
| Pårørende:          | Telefon: |
| Relasjon til søker: |          |
| Fastelege:          | Telefon: |
| Behov for tolk:     | Språk:   |

|                                             |                                               |                                                                |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Hva ønsker du hjelp til?                    |                                               |                                                                |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsproblem  | <input type="checkbox"/> Hjelpemidler         | <input type="checkbox"/> syns- og hørselstekniske hjelpemidler |
| <input type="checkbox"/> Trening/behandling | <input type="checkbox"/> Boligtilrettelegging | <input type="checkbox"/> Kommunikasjons/svelgvansker           |
| Annet:                                      |                                               |                                                                |

Beskriv aktuelle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen:

|                                                                                       |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Diagnose:                                                                             | Diagnosekode:                                   |
| Henvendelse fra:                                                                      | Epikrise /rapport følger vedlagt:<br>JA/NEI     |
| Stilling og arbeidssted:                                                              | Telefon:                                        |
| Pasient/verge har gitt sitt samtykke til henvendelsen? (sett ring rundt rett svar)    | JA                                          NEI |
| Pasient/verge samtykker til innhenting av informasjon fra aktuelle samarbeidspartnere | JA                                          NEI |

|       |       |                    |
|-------|-------|--------------------|
| Sted: | Dato: | Underskrift søker: |
|-------|-------|--------------------|

Utfylt skjema sendes: Forebygging og koordinering, Gammelveien 16, 8150 Ørnes

