

VURDERINGSSKJEMA FOR REHABILITERING

Vurderinga vert utfylt av helsepersonell som kjenner pasienten sitt funksjonsnivå, og **skal leggjast ved "Søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester"**, så sant det vert søkt om rehabiliteringstenester i kommunehelsetenesta. **Søklar skal så langt mogleg ta del i utfyllinga**, medrekna å gjerast kjent med dei vurderingar som vert gjort av helsepersonell i skjemaet.

NB! Vurderingar gjort i dette skjema **kan ikkje nyttast som grunnlag for anna kommunal saks- handsaming** eller tenestetildeling enn for rehabiliteringstenester knytt til den aktuelle søknaden.

Namn på søklar	Personnr:
----------------	-----------

AKTUELT

Aktuell sjukehistorie:
Aktuelle funksjonsproblem:
Tidligere funksjonsnivå:

FUNKSJONSVURDERING

AKTIVITETAR og DELTAKING	Klarer sjøv	Klarer sjølv m/ hei.m.	Avhengig av personhjelp		Klarer ikkje/ ikkje aktuelt	Forventa bedra funksjon	Kommentarar
			Noko	Mykje			
Inn/ut av seng							
Reisa/setja seg							
Personleg Hygiene							
Toalettbesøk							
Av/påkledning							
Gangfunksjon inne							
Eting/ måltid							
Klargjera / laga Tørrmat							
Klargjera / laga Middag							
Medisin-handtering							
Trappegang							
Innkjøp							
Gangfunksjon Ute							
Deltaking ute: - arbeid							
Deltaking ute: - besøkja familie/ Vener							
Deltaking ute: - fritidsaktivitet							

UTFYLLANDE OPPLYSNINGAR

KROPPSLEG FUNKSJON (for eksempel søvn, ernæring, smerte, styrke, rørsle, balanse, kognitiv funksjon)				
FYSISK MILJØ (set kryss for det som er aktuelt)				
BUSTAD:	Ein bustad	Rekkehus	Leilighet	HJELPEMIDLAR:
	Trapp inne	Trapp ute	Heis	
	Ueigna bustad	Behov for ny bustad		
BUR:	Åleine	m/ektefelle	m/andre	
SOSIALT MILJØ/NETTVERK:				
BRUKAR SI EIGA MÅLSETJING FOR REHABILITERINGSPROSESSEN:				

VURDERING AV FAGPERSON

A	VURDERINGSKRITERIA FOR REHABILITERING:		Ja	Nei
1.	Har brukar behov for bistand for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne?			
2.	Har brukar eit samansett problem og med dette også behov for et tverrfaglig tilbod?			
3.	Har brukar mål for rehabiliteringsprosessen?			
4.	Er brukar motiverast (eller kan motiverast) for rehabilitering?			
5.	Er brukar fysisk i stand til å yta eigeninnsats?			
6.	Har brukar evne til samarbeid og til å ta instruksjon?			
B	TILRÅDING AV REHABILITERING (SOM KAN PASSE BEST)			
1.	Vurdering:	Er det svart nei på A1-6, men det er behov for vurdering til rehabilitering?		
2.	Døgn-rehabilitering ved institusjon:	Har brukar behov for tilsyn og rehabilitering heile døgeret i ein periode?		
3.	Heimebasert rehabilitering:	Kan brukar bu heime og tiltaka med fordel utførast i nærmiljø og heim, eller i form av eit dagtilbod ?		
4.	Gruppetrening:	Kan brukar sitt rehabiliteringsbehov takast vare på gjennom trening i gruppe?		
C	ANDRE OPPLYSNINGAR			
1.	Det vert i utgangspunktet føresett vedlagt oppdaterte legeopplysningar. Er desse lagt ved? I tilfelle nei: Gje opp årsak til at desse ikkje er vedlagde:			
KOMMENTAR/KONKLUSJON:				

Skjemaet utfylt av:	Namn:	Fagprofesjon/avdeling:	Dato: