

Tilvising om tenester frå helse, meistring og rehabilitering

Ønska teneste				
Fysioterapi <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/>				
Den det gjeld				
Etternamn		Fornamn		
Gateadr.		Postnr.	Poststad	
F. nr. 11 siffer		Tlf./mobil		
E-post				
Statsb. skap		Fastlege		
Mottar du andre kommunale tenester <input type="checkbox"/>				
Kva tenester mottar du?				
Bur åleine <input type="checkbox"/>	Bur saman med andre <input type="checkbox"/>		Bur heime hos foreldre <input type="checkbox"/>	
Eventuelt verge	Namn	Tlf./mobil		
Næraste pårørnde				
Etternamn		Fornamn		
Fødselsdato		Postnr.	Poststad	
Gateadr.		Tlf./mobil		
E-post		Relasjon til søkjar		
Eg samtykker i at informasjon om min helsetilstand og den helsehjelp som vert ytt, vert gjeve til min næraste pårørnde: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>				
Tilvisar				
Namn		Stilling		
Arbeidsstad		Tlf./mobil		
Kva treng du hjelp til (evt. diagnose)?				
Årsak for tilvisinga (Har det skjedd akutte endringar i funksjonsnivå?)				
Samtykke				
Har brukar/føresette gitt samtykke til tilvisinga? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Mottatt av				
Namn		Stad/dato		