

Tilvising om tenester frå helse, meistring og rehabilitering

Ønska teneste					
Fysioterapi	<input type="checkbox"/>	Ergoterapi	<input type="checkbox"/>	Basseng	<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		