

Til intern saksbehandling:	
Motatt dato	
Frist	
Fordeles	

Ikke offentlig, jf. Offentleglova § 13

Opplysninger om bruker		
Etternavn*	Fornavn*	Fødselsnummer (11 siffer)*
Adresse		Telefonnummer*
Postnr.	Poststed	
Vurdering/kartlegging angående		
<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"/> Kommunikasjonsvansker
Beskriv aktuelle problemstillinger/Diagnose*		
Beskriv aktuelle problemstillinger og konsekvenser i hverdagen, evt hva som er prøvd ut tidligere:		
Kontaktopplysninger pårørende/foresatte/verge		
Navn	e-post	Telefonnummer
Informasjon		
Den som henviser bes om å gi nødvendig informasjon om brukeren, for eksempel sende rapporter, epikriser o.l. Dette forutsetter samtykke fra brukeren. Det er egenandel for fysioterapi (gjelder ikke barn under 16 år og beboere på institusjon) * Felt må fylles ut		
Henvendelse fra*		
Bruker <input type="checkbox"/>	Pårørende <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/> Relasjon til pasienten:
Navn/underskrift	Dato for henvendelse	Telefonnummer
Samtykker pasienten/vergen til henvendelsen?*		
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nei		