



**HENVISNING TIL FYSIOTERAPEUT ERGOTERAPEUT
 SYN/HØRSELSKONTAKT DEMENSTEAM FOREBYGGINGSTEAM**

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| Navn: | | Personnummer (11 siffer): | |
| Adresse: | | Telefon: | |
| Foresatte/nærmeste pårørende: | | Telefon: | |
| Henvist av: Navn | Virksomhet | Telefon: | |
| Fastlege: | Evt annen kontaktperson: | Telefon: | |

| |
|---|
| Diagnoser, aktuell sykdom eller skade <i>(Kroppsfunksjon og strukturer)</i> |
| Hva kan han/hun gjøre og være med på, muligheter, begrensninger, ønsker, interesser <i>(Aktivitet og Deltakelse)</i> |
| Hvilke muligheter og begrensninger ligger i bolig, barnehage, skole, arbeidssted, transport, familie, nettverk <i>(Miljøfaktorer)</i> |
| Årsak til henvendelsen (fortsett eventuelt på baksiden av arket) |

SAMTYKKE FRA BRUKER ELLER FORESATTE

- Jeg samtykker til at disse opplysningene formidles, og at denne henvisningen sendes.
- Muntlig samtykke er innhentet
- Bruker har ikke samtykkekompetanse

Stange, Dato:Underskrift

Skjema fylt ut av

Adresse:
Ergo- og fysioterapitjenestene, Stange Helsecenter, 2335 Stange

Skjema sist endret: 041208