

Tilvising (vaksne) til Fysio-/ergoterapeut

Kryss av for eitt av alternativa: ___ Tilvisning fysioterapeut ___ Tilvisning ergoterapeut

Namn: _____ Fødselsnr: _____

Gateadresse: _____

Postnr: _____ Stad: _____

Tlf.priv/mob: _____

Fastlege: _____

Er brukar orientert om tilvisinga? ___ JA ___ NEI

Familiesituasjon: ___ Bur aleine ___ Bur m/ ektefelle ___ Bur m/ familie ___ Bur m/ andre

1. Diagnose/problemstilling:

2. Tilvisingsgrunn:

3. Funksjonsnivå (Har det vore akutt endring i funksjonsnivået?):

Tilvisingsdato: _____ Tilvist av: _____

Stilling: _____ Tlf.: _____