E-postsignatur PNG

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.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_