



Løpenummer:.....

SØKNAD TIL ERGO- OG FYSIOTERAPITJENESTEN, VOKSNE OG ELDRE

Navn:		Fødsels nr.:	
Adresse:		Tlf:	
Postnr./ Poststed:		Mob.tlf	
☐ Bor alene ☐ Bor med partner/ektefelle ☐ Omsorgsbolig ☐ Bor på institusjon ☐ Bor med andre:			
Nærmeste pårørende		Relasjon	Tlf:

Fastlege:		Tlf:	
Relevante diagnose(r)			
Foreligger det smitte som vi må kjenne til?	Ja – hvilke? ☐ Nei ☐ Vet ikke		
Funksjons endring:	☐ Akutt ☐ Rask ☐ Gradvis ☐ Ingen/kronisk		
Opplevelse/ beskrivelse av egen/ brukers situasjon			
Hva er viktig for deg/ bruker å få hjelp til?			
Andre viktige opplysninger	(Involverte instanser, igangsatte tiltak, behov for tolk, kan bruker åpne døren, skal pårørende el. andre kontaktes, forsvarlig for terapeut å gå alene, annet)		

Henvist av:			
Stilling:		Arbeidssted:	
Dato:		Tlf nr:	

Bruker / verge / har gitt sitt samtykke til henvendelsen:	☐ Ja ☐ Nei
--	--

