



## HENVISING TIL FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTEN

Unntatt offentlighet – Offl § 13

Ønske om vurdering av				
<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Syn	<input type="checkbox"/> Hørsel	<input type="checkbox"/> Tekniske hjelpemiddel
<b>Personalia</b>				
Etternavn	Fornavn (og evt. mellomnavn)		Fødselsnummer (11 tall)	
Adresse	Postnr.	Poststed	Telefon	
Kontaktperson på dagtid (institusjon/skole/barnehage/annet)			Telefon	
<b>Omsorgssituasjon</b>				
Voksne:		Barn:		
<input type="checkbox"/> Bor i eget hjem	<input type="checkbox"/> Bor i omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene	<input type="checkbox"/> Bor hos en av foreldrene	
<input type="checkbox"/> Institusjon	<input type="checkbox"/> Annet:	<input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem	<input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far	
<b>Nærmeste pårørende:</b>				
Navn	Tilknytning til bruker		Telefon	
1.				
2.				
<b>Helsepersonell:</b>				
Fastlege:				
Annet f.eks. øyelege, optiker, hørselslege, audiograf (namn, adresse telefon)				
<b>Aktuell diagnose/problemstilling (ta gjerne med tidspunktet for når evt diagnose ble stilt)</b>				
Diagnose/problemstilling:				

Hva er det i det daglige som du ikke får til/ ikke mestrer/ bekymrer deg for?

(legg evt ved eget skriv hvis det blir for liten plass i dette feltet)

### Dokumentasjon

**Syn:** I saker som gjelder syn **må** følgende legges ved:

- Nyeste øyeleger rapport (ikkje meir enn 2 år gammel)
- Brillerseddel (ikkje meir enn 2 år gammel)

**Hørsel:** I saker som gjelder hørsel **må** følgende bekreftes:

- Hørselstap – har høreapparat
- Hørselstap – har ikke høreapparat (hørselstapet må dokumenteres av hørselslege/ audiograf)
- Har hørselshjelpemidler i hjemmet

**Scooter:** I saker som gjelder scooter **må** følgende legges ved:

- Legeerklæring (legeerklæring må foreligge før en kan søke om hjelpemiddelet, kontakt din fastlege for nærmere informasjon.)

### Har allerede tilbud fra:

Privatpraktiserende fysioterapeut

Hjemmetjeneste

Helsestasjon/skolehelsetjeneste

Annet (f.eks. psykisk helsetjeneste, PPT, barnevern)

### Kontaktopplysninger (navn og telefon):

### Koordinering i saken:

Stafettlogg

Ja, dette er opprettet. Ansvarlig kontaktperson/stafettholder:

Nei dette er ikke opprettet

Ansvarsgruppe/individuell plan (IP)

Ja, dette er opprettet. Ansvarlig kordinator:

Nei dette er ikke opprettet

Ikke aktuelt i saken

### Hvem har fylt ut denne søknaden:

Navn:

Stilling/relasjon til søker:

Dato:

Telefon:

### Fullmakt

Underskrift:

Jeg gir herved helse- og omsorgsetaten fullmakt til å innhente nødvendige medisinske opplysninger for å behandle søknaden samt utveksle informasjon med andre helsepersonell/samarbeidspartnere involvert i behandlingen (jf. Lov om Helsepersonell, kap. 5 – Taushetsplikt og opplysningsrett).

Sted/dato:

Underskrift av søker (evt foresatt/verge):