



HUSTADVIKA KOMMUNE

Avd. Fysioterapi og rehabilitering

HENVISNING TIL FYSIO- OG ERGOTERAPI

Navn:..... Adresse:.....

Fødselsdato:..... Tlf:.....

Evt pårørende:..... Tlf:.....

Fastlege:.....

Diagnose/ funksjonsnivå:
.....
.....

Problemstilling:.....
.....
.....

Ønske om tiltak fra fysioterapeut/ ergoterapeut (sett ett eller flere kryss):

Vurdering/ kartlegging	<input type="checkbox"/>
Opptrening	<input type="checkbox"/>
ADL-trening	<input type="checkbox"/>
Veiledning forflytning	<input type="checkbox"/>

Hjertetrim	<input type="checkbox"/>
Trim og trivsel	<input type="checkbox"/>
Fallforebygging	<input type="checkbox"/>
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/>

Annet:.....
.....
.....

Hvem bør evt. være med når en fra avdelingen møter bruker:
.....

Henvist av:..... Dato:.....

Stilling – arbeidssted:..... Tlf:.....

Adresse:
Setbakken 1, Helsehuset
6440 Elnesvågen

Telefon:
Servicekontoret, Rådhuset 71 26 81 00
Resepsjon, Helsehuset 71 26 83 00