

HENVISNING ERGOTERAPITJENESTEN (18 år+)

Navn:	Personnummer:
Adresse:	Postnummer/-sted:
Nærmeste pårørende:	Relasjon til søker:
Adresse:	Telefonnummer:

Behov for tolk? Ja ___ Nei ___	Hvis ja, hvilket språk?
Har søker gitt samtykke til denne henvendelsen?	Ja ___ Nei ___
Gis det samtykke til å samarbeide med aktuelle samarbeidspartnere?	Ja ___ Nei ___

Hvilke utfordringer har søker med aktiviteter i hverdagen? <i>(Eksempler: kognisjon, syn, bevegelse, hørsel, bolig, fatigue, psykisk, energiøkonomisering, kommunikasjon, syn)</i>	
Når oppstod utfordringene? Har det nylig vært endring i funksjon?	
Hvor og i hvilke situasjoner oppstår utfordringene?	
Mottar søker andre helsetjenester, i tilfelle hvilke?	

Dato:	Navn, henvisende person:	Telefonnummer:
-------	--------------------------	----------------

Ut ifra opplysningene på skjemaet vil henvisningen bli prioritert etter en helsefaglig prioriteringsnøkkel for å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen. Skjemaet leveres på Servicetorget, kommunehuset. Eget skjema for barn/unge under 18 år.