

HENVISNING ERGOTERAPITJENESTEN

Personalialia

Navn:	Personnummer:
Adresse:	Postnummer/-sted:

Foresatt/pårørende 1:	Rolle/relasjon:
Adresse:	Telefonnummer:
Foresatt/pårørende 2:	Rolle/relasjon:
Adresse:	Telefonnummer:

Språk

Behov for tolk? Ja ___ Nei ___	Hvis ja, hvilket språk?
--------------------------------------	-------------------------

Brukermedvirkning

Er bruker (eller verge/foresatte) informert, og har samtykket til henvisning? Ja __ Nei __
Gis det samtykke til å samarbeide med aktuelle samarbeidspartnere? Ja __ Nei __

Begrunnelse for henvisning

Hvilke utfordringer har du med aktiviteter i din hverdag? <ul style="list-style-type: none"> - Nylig endring i funksjon? - Aktivitetsnivå før/etter - Hvor og i hvilke situasjoner oppstår problemene? 	
Har du andre helsetjenester?	

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