

TILVISING TIL

ERGOTERAPEUT

FYSIOTERAPEUT

SERVICEMANN

Namn: _____ Fødselsdato: _____

Adr: _____ Telefon: _____

Føresette/pårørende _____ Telefon: _____

Brukar sin lege: _____

Diagnose: _____

Aktivitetsproblem / funksjonsnedsetjing / ressursar / servicebehov:

Bustad-/familietilhøve:

- Åleine Med ektefelle Med familie/andre
 På institusjon I omsorgsbustad

Hjelpetiltak:

- Heimesjukepleie Heimehjelp Dagtilbod PPT
 Fysioterapi Psykiatriteneste Barnehage Anna

Andre relevante opplysningar:

Dato:..... Utfylt av:.....
