**TILVISING TIL ERGO- OG FYSIOTERAPITENESTA: VAKSNE/ELDRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn:  |  | Fødselsnr: |  |
| Adresse: |  | Tlf.privat: |  |
| Postnr.: |  | Stad: |  |
| Kontaktperson/næraste pårørande: |  | Tlf: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Busituasjon |  bur åleine bur m/ektefelle   bur m/familie bur m/andre |
| Brukar har samtykka til tilvising  |  Ja Nei |
| Fastlege |  |

Aktuell diagnose/problemstilling:

|  |
| --- |
|  |

Beskriv funksjonsnivå:

|  |
| --- |
|  |
| Endring i funksjon: Akutt Rask Gradvis Ingen/langvarig |

**Kva ønskjer brukar vurdering av?**

|  |
| --- |
|  |

**Andre viktige opplysninger**

|  |
| --- |
| (Involverte instansar, igangsette tiltak, IP/koordinator? behov for tolk, skal pårørande el. andre kontaktast? forsvarleg for terapeut å gå aleine? Anna) |

|  |  |
| --- | --- |
| Tilvisingsdato: |  |
| Tilvist av(kven/relasjon): |  | Tlf: |  |
| Motteke av: |  | Dato: |  |