



Henvisningsskjema til Ergo- og fysioterapitjenesten

Kryss av for hvilken tjeneste som ønskes:

☐ Fysioterapi

☐ Ergoterapi

☐ Hverdagsrehabilitering

Navn:

Fødselsnr. (11 siffer):

Adresse:

Postnr: Sted:

Tlf.nr.:

Fastlege: Eventuell diagnose:

Bakgrunn for henvisning

Beskriv problemområdet, funksjon og hvilke følger dette får i det daglige.

Nyoppstått problemstilling: ☐ ja ☐ nei

Har du hjemmesykepleie: ☐ ja ☐ nei

Behov for tolk: ☐ ja, språk:

Ved henvisning av barn

Foresattes navn:

Foresattes tlf.nr.:

Dato: Underskrift: