

Løpenummer:.....

HENVENDELSE TIL INNSATSTEAM-REHABILITERING

Navn:		Fødselsnr.:	
Adresse:		Tlf:	
Postnr:		Poststed:	
Pårørende:		Tlf:	
Kontaktperson hos andre tjenesteutøvere		Tlf:	

Fastlege:	
Diagnose (r):	(Oppgi diagnoser og spesielle hensyn, f. eks smitte)
Beskriv aktuelt problem;	(Funksjonstap, alvorlighetsgrad, annet)
Når oppstod dette?	(Rask eller gradvis funksjonsendring)
Andre viktige opplysninger;	(Involverte instanser, igangsatte tiltak, annet)

Søkers underskrift.....

Dato.....

For andre enn søker selv:

Henvist av			
Stilling:		Arbeidssted:	
Dato:		Tlf nr:	

Pasient / verge / foresatte har gitt sitt samtykke til henvendelsen: (sett kryss)	
---	--

Utfylles av fysio - ergoterapitjenesten:

Mottatt av		Dato:	
-------------------	--	--------------	--



BERGEN KOMMUNE