

HENVISNINGSSKJEMA

Ergoterapi

Fysioterapi

Henvendelse fra:

Dato:

Brukers navn:	F.dato:
Adresse:	
Postnr./sted:	Tlf:
Diagnose:	

Problemstilling og vurdering av hjelpebehov:

Epikrise (gjelder fysioterapi): JA NEI

Rekvisisjon fra lege (gjelder fysioterapi): JA NEI

Utredet av syns/hørselsspesialist (gjelder hjelpemidler for syn/hørsel): JA NEI

Samtykke til å innhente og gi informasjon til naturlige samarbeidspartnere:

JA NEI

Signatur (bruker):

Ergoterapi- og fysioterapitjenesten Aurskog-Høland kommune
Rådhusveien 3
1940 Bjørkelangen
Tlf. 63 85 25 00

