



Henvendelse til Ergoterapitjenesten

Informasjon om søkeren

Navn:	CosDoc ID (Fylles av helsepersonell)
Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer:
Adresse:	Fastlege:
Høyde:	Vekt:

Boform

<input type="radio"/> Enebolig	<input type="radio"/> Leilighet (Etasje: _____)	<input type="radio"/> Omsorgsbolig	<input type="radio"/> Institusjon
<input type="radio"/> Bor alene	<input type="radio"/> Bor sammen med _____		

Beskriv aktuell diagnose / problemstilling

Diagnose:

Problemstilling: (Gjelder det hjelpemidler, fyll ut tilleggsskjema)

Når oppstod den aktuelle utfordringen? _____

Brått funksjonstap Gradvis funksjonstap Stabilt forløp



Pårørende:	Tilknytning:	Telefonnummer:

Har allerede tjenester fra:

<input type="radio"/> Fysioterapi:	<input type="radio"/> Hjemmesykepleie:
Annet:	Navn: _____ Tlf: _____

Dokumentasjon

<input type="radio"/> Behov for tolk eller lignende? (Dersom ja, beskriv) _____	Henvendelsen gjelder: <input type="radio"/> Syn <input type="radio"/> Hørsel (Fyll da ut tilleggsskjema for syn/hørsel)
Kan søkeren kontaktes direkte? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Hvis nei, fyll inn kontaktinfo: Navn: _____ Tlf: _____

Hvem har fylt ut dette skjemaet?	<input type="radio"/> Søker		
Navn: _____	Stilling/Relasjon: _____	Dato: _____	Telefonnummer: _____
Har søkeren samtykket til henvendelsen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	

Underskrift/Fullmakt:

Jeg samtykker til at det innhentes nødvendige opplysninger for å behandle henvendelsen, og at ergoterapeuten kan drøfte henvendelsen med annet relevant personell der det ses nødvendig.

Sted/Dato:	Søkerens underskrift:



Tilleggsskjema for Syn/Hørsel

Syn		
Gjelder henvendelsen synsutfordringer? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei		
<u>I saker som gjelder syn må øyemedisinske opplysninger/epikrise legges ved</u>		
Har søker oppdaterte briller?		
<input type="radio"/> Ja; når fikk bruker nye briller: _____		
<input type="radio"/> Nei; dersom det er lenge siden bruker var i kontakt med optiker anbefales dette i forkant av hjemmebesøk fra ergoterapeut.		
Øyelege		
Navn: _____	Arbeidssted: _____	Tlf: _____
Optiker		
Navn: _____	Arbeidssted: _____	Tlf: _____
Hørsel		
Gjelder henvendelsen hørselsutfordringer? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei		
Har søker vært hos Øre-Nese-Hals spesialist / audiograf / høresentral?		
<input type="radio"/> Ja (oppgi detaljer): _____		
<input type="radio"/> Nei		
Har søker høreapparat?		
<input type="radio"/> Ja (oppgi merke/type): _____		
<input type="radio"/> Nei		
Brukes høreapparat i begge ører?	Brukes høreapparatet daglig?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Har høreapparatene teleslynge?	Hvis ja, er det behov for opplæring?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Vet ikke	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Vet ikke	