

HENVISNINGSSKJEMA

HENVISNING FOR :

Innleggelse v/avd for fys.
med. og rehabilitering

kryss

Vurdering av egnethet
for **bilkjøring**

kryss

Ambulant
rehab.tjeneste

kryss

Henviser: (lege) _____

PASIENTENS navn og fødselsdato:

Adresse: _____

Tlf. privat: _____ mobil: _____

Nærmeste **pårørende:** _____

Telefon: _____

Har pasienten erklært **samtykke** til henvisningen? _____

Fastlege: _____ Tlf.: _____

OPPLYSNINGER OM PASIENTEN:

Sykehistorie / behandling: (Diagnose, tidsrom, resultat, ev vedlegg av epikriser m.m.)

Funksjonsnivå:

selvhjulpen

litt hjelp

hjelp til alt

| | selvhjulpen | litt hjelp | hjelp til alt |
|--------------------------|-------------|------------|---------------|
| Personlig hygiene | | | |
| På / avkledning | | | |
| Stå opp / legge seg | | | |
| Gå på WC | | | |
| Spise / drikke | | | |
| Tilsyn om natten / dagen | | | |
| Matlaging | | | |
| Mobilitet inne | | | |
| Mobilitet ute | | | |

Bruk av tekniske hjelpemidler i dag:

Kognitiv / intellektuell funksjon:

Initiativ / motivasjon:

Emosjoner / humør, psykiske reaksjoner:

Språkfunksjon:

KORT VURDERING:

Utfyllende begrunnelse for henvisning:

Evt ønsket fokus på ICF-domene:

for evt å oppnå:

Allerede iverksatte tiltak:

Nærmere ønsker på **SAMARBEID MED HJEMKOMMUNEN**:

Allerede oppnevnt **kontaktperson** i kommunen: _____

Ved behov for flere opplysninger kan vår avdeling for ReHabilitering **ta kontakt med:**

Navn: _____ Tlf.: _____

Adr.: _____

Andre opplysninger:

Sted: _____ Dato: _____ Underskrift: _____

Innsøkende lege
Stempel

VEILEDNING TIL UTFYLLING AV SKJEMAET:

1. OPPLYSNINGER OM PASIENTEN:

Aktuell sykehistorie.

Funksjonsnivå: motorisk, kognitiv, språklig, emosjonell og ADL m.m.

Hjelpemidler som pasienten bruker.

Resultat av tester sendes med/beskrives.

Sosiale forhold av betydning i henhold til henvisningen.

Flere opplysninger, bruk eget ark.

Utførte tester: (kopi vedlegges)

Barthel ADL index score: dato:

NIHSS score: dato:

Rankin Scale 1 score: dato:

2. BEGRUNNELSE FOR HENVISNING

Konkret bestilling fra henvisende instans. **Utdypende beskrivelse, ev avgrensning, særlig ønskelig ved henvisning til Ambulant Rehabiliteringsteam (ART)**

Pasientens og henvisers forventninger og mål, **særlig ved henvisning til ART**

Beskriv igangsatte tiltak, **ev erfaringer med mindre vellykkede forsøk**

Flere opplysninger, bruk eget ark.

Henvisning sendes til:

| |
|---|
| Avdeling for Habilitering og Rehabilitering Inntaksteam Helse Finnmark Kirkenes Sykehus Postboks 410 9915 Kirkenes |
|---|