**Henvisning til rehabiliteringsopphold **

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Pasientens navn:       | 1.2 Fødsels- og personnummer:       |
| 1.3 Adresse: wd | 1.4 Telefon/mobil:       |
| 1.5 Postnummer:       | 1.6 Poststed:       | 1.7 Fastlege:       1.8 Legekontor:      1.9 Tlf:       |
| 2.0 Institusjon det søkes til:       | 3.0 Yrkesskade [ ]  Krigsskade:[ ]   |
| 4.0 Hoveddiagnose og aktuell problemstilling:       | 4.1 Kode [ ]  ICD10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  ICPC-2:        |
| 4.2 Relevant(e) bidiagnose(r):  |
| 5.0 Pasientens mål for oppholdet:      Det søkes om: [ ] Ordinær rehabilitering [ ]  Arbeidsrettet rehabilitering [ ] ”Raskere tilbake” [ ] Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.1 Sykehistorie (kliniske funn, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til. Legg ved relevante utredningsresultater)\*:       |
| 5.2 Foreskrevne medikamenter:       |
| 5.3 Varighet av tilstand: [ ]  Akutt (oppgi skade-/operasjonsdato):       [ ] Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt for symptomdebut):       |
| 5.4 Kryss av områder der sykdom/skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss):[ ]  Mentale/kognitive funksjoner [ ]  Respirasjon [ ]  Ledd- og knokler[ ]  Sansefunksjoner [ ]  Fysisk kondisjon [ ]  Muskulatur[ ]  Smerteplager [ ]  Fordøyelse og stoffskifte [ ]  Bevegelsesapparatet[ ]  Kretsløp (hjerte/blodkar) [ ]  Urinveiene [ ]  Annet, spesifiser:       |
| 5.5 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med: * Spisesituasjon [ ]  Selvhjulpen [ ]  Delvis selvhjulpen [ ]  Hjelpetrengende
* Vask og påkledning [ ]  Selvhjulpen [ ]  Delvis selvhjulpen [ ]  Hjelpetrengende
* Forflytning [ ]  Selvhjulpen [ ]  Delvis selvhjulpen [ ]  Hjelpetrengende
* Toalettbesøk [ ]  Selvhjulpen [ ]  Delvis selvhjulpen [ ]  Hjelpetrengende

Mobilitet innendørs* Ved gangfunksjon [ ]  Selvstendig gange, uten hjelpemiddel [ ]  Gange med rullator/prekestol

 [ ]  Gange med krykker/stokk [ ]  Gange med tilsyn/støtte av \_\_ pers* Ved bruk av rullestol [ ]  Rullestol, kjører selv [ ]  Rullestol, med hjelp [ ]  Elektrisk rullestol

Annet hjelpebehov\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss): [ ]  Under utdanning [ ]  Arbeidsavklaringspenger, AAP [ ]  Sosial stønad[ ]  Yrkesaktiv [ ]  Sykemeldt fra dato\_\_\_\_ %\_\_\_ [ ]  Annet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Pensjonist [ ]  Uføretrygdet  |
| 5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? [ ]  Ja (legg ved kopi/notat) [ ]  Nei |
| 5.8 Hvilke tiltak har pasienten i kommunehelsetjenesten?[ ] Sykehjem [ ] Fysioterapeut [ ] Ergoterapeut [ ] Hjemmesykepleie [ ] Hjemmetjeneste [ ]  Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Hvorfor er ikke lokale tiltak et alternativ?: |
| 5.9 Har behandling på rehabiliteringsinstitusjon vært gitt tidligere? [ ]  Ja [ ]  NeiHvis ja, angi institusjon og årstall, samt legg ved rapport fra siste rehabilitering.  |
| 6.0 Henviserens vurdering: Motivasjon for rehabilitering: Meget god [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  lav Hastegrad Høy [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  lav |
| 6.1 Henviser/Innsøkende instans:[ ]  Fastlege [ ]  Privatpraktiserende spesialist [ ] Manuellterapeut [ ] Kiropraktor [ ] Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Sykehusavdeling\*\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Sykehuspoliklinikk \*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 6.2 Dato:       Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 6.3 Henviser: Navn/spesialitet/adresse/tlf (benytt gjerne STORE bokstaver):       |
| Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på [www.helse-sorost.no/rehabilitering](http://www.helse-sorost.no/rehabilitering) eller ved å kontakte **Regional koordinerende enhet (RKE) på tlf 800 300 61 eller pr post: RKE, Postboks 174, 1451 Nesoddtangen** |

\* utdypes i rulletekst, evt. i eget vedlegg

\*\* Henvisning fra relevant sykehusavdeling kan sendes direkte til institusjonen det søkes til 