



RÆLINGEN KOMMUNE

Tjenestekontoret for helse og omsorg

Avdeling for mestring og rehabilitering

Henvendelsesskjema til fysioterapi- / ergoterapitjenesten

Navn:

Personnr.:

Adresse:

Telefonnr.:

Løpenr.:

Dato for henvendelse:

Henvendelse til (kryss av):

Fysioterapitjeneste	<input type="checkbox"/>	Ergoterapitjeneste	<input type="checkbox"/>	Dagrehabilitering	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Diagnose (MÅ fylles ut)

Beskrivelse av funksjon og aktuell problemstilling. Hvorfor er det behov for behandling?

Hastesak?

Nei:

Hvis ja, hvorfor:

Ja:

Bruker er informert om henvendelsen

Ja

Nei

Pårørende er informert om henvendelsen

Ja

Nei

Opplysninger om den som sender henvendelsen:

Navn	
Arbeidssted/forbindelse	
Telefonnr.	

ergoterapihenvendelser@ralingen.kommune.no / fysioterapihenvendelser@ralingen.kommune.no

Sendes til: Avdeling for mestring og rehabilitering, Løvenstadvegen 16, 2006 Løvenstad