



Tilvising til fysio- og ergoterapitenesta (vaksne 18+)

Tilvisingsdato	
Tilvising til fysioterapi (set kryss)	Tilvising til ergoterapi (set kryss)

Namn		
Fødselsnummer		
Adresse		
Postnummer/ stad		
Telefon		
Nasjonalitet/talespråk		Behov for tolk (ja/nei)
Fastlege		

Informasjon om næraste pårørande jf pasient- og brukarrettslova §1-3 b:	
Namn	
Adresse	
Postnummer/ stad	
Telefon	

Familiesituasjon (set kryss)			
Bur aleine	Bur med ektefelle	Bur med familie	Bur med andre

Brukar/pårørande gir samtykke til tilvisinga (set kryss)	
Ja	Nei



Skildre det aktuelle problem (medisinske opplysningar, funksjonsstatus)

Kva er det ønskje om at fysio- og ergoterapitenesta skal bidra med?

For andre enn søkjar sjølv

Tilvist av (namn, eventuelt stilling,
tenestestad)

Telefon