

1. Henviser

Svaradresse	Telefonnummer
-------------	---------------

Navn på aktuell privat rehabiliteringsinstitusjon (Henvisningen bør fylles ut sammen med pasienten)

--

2. Pasientopplysninger

Etternavn		Fornavn		Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse	Postnr.	Poststed	Bostedskommune	Mobilnummer
Ferdig behandlet på sykehus/ønsket oppstart av rehabiliteringsoppholdet				Dato
Fastlege				
Nærmeste pårørende				
Yrkesstatus				

Årsak til henvisningen	
Hoveddiagnose (ICD -10)	
Bidiagnose (ICD -10)	
☐ Vedlagt aktuelt journaldokument:	
Andre relevante tilstander	
Vedlagt a (arbeids) - EKG	☐ Ja ☐ Nei
Vedlagt ECCO COR	☐ Ja ☐ Nei
Behandlingshjelpemidler	

Har pasienten en individuell plan (IP)?	☐ Ja ☐ Nei
Er behov for IP meldt til kommunen?	☐ Ja ☐ Nei
Har pasienten en koordinator i sykehuset?	☐ Ja ☐ Nei Hvis "ja", navn:
Har pasienten en koordinator i kommunen?	☐ Ja ☐ Nei Hvis "ja", navn:
Har pasienten Helse- og omsorgstjenester /annen oppfølging i kommunen?	☐ Ja ☐ Nei Hvilke tjenester:
Behov for egen ledsager under oppholdet?	☐ Ja ☐ Nei
Har pasienten behov for tolk?	☐ Ja ☐ Nei Hvis "ja", språk:

Hvis aktuelt, gi opplysninger om smittestatus som krever isolasjon på sykehus	MRSA:
	ESBL:
	Annen:

3. Pasientens mål for rehabiliteringsoppholdet

Er pasienten motivert for rehabilitering:	☐ Ja	☐ Nei
Beskriv mål		

4. Funksjonsnivå/Ressurser

Er pasienten helt selvstendig i daglige aktiviteter (ADL)?		☐ Ja	☐ Nei, utdyp med Barthelskjema
Barthel	Score:		
Mobilitet Innendørs	Ved gangfunksjon		
	☐ Gange uten hjelpemiddel ☐ Gange med krykker ☐ Gange med rullator		
	Ved bruk av rullestol		
	☐ Rullestol, kjører selv ☐ Rullestol, med hjelp ☐ Elektrisk rullestol		