

Henvisning til rehabiliteringsopphold

1.1 Pasientens navn:		1.2 Fødsels- og personnummer:	
1.3 Adresse:		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 <input type="checkbox"/> Krigsskade: <input type="checkbox"/>	
4.0 Hoveddiagnose og aktuell problemstilling:		4.1 Kode <input type="checkbox"/> ICD10: _____ <input type="checkbox"/> ICPC-2:	
4.2 Relevant(e) bidiagnose(r):			
5.0 Pasientens mål for oppholdet:			
Det søkes om: <input type="checkbox"/> Ordinær rehabilitering <input type="checkbox"/> Arbeidsrettet rehabilitering <input type="checkbox"/> "Raskere tilbake" <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Akutt (oppgi skade-/operasjonsdato): <input type="checkbox"/> 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):			
<input type="checkbox"/> Mentale/kognitive funksjoner	<input type="checkbox"/> Respirasjon	<input type="checkbox"/> Ledd- og knokler	
<input type="checkbox"/> Sansefunksjoner	<input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon	<input type="checkbox"/> Muskulatur	
<input type="checkbox"/> Smerteplager	<input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte	<input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet	
<input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerte/blodkar)	<input type="checkbox"/> Urinveiene	<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:	
5.5 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med:			
▪ Spisesituasjon	<input type="checkbox"/> Selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Delvis selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengende
▪ Vask og påkledning	<input type="checkbox"/> Selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Delvis selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengende
▪ Forflytning	<input type="checkbox"/> Selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Delvis selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengende
▪ Toalettbesøk	<input type="checkbox"/> Selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Delvis selvhjelpen	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengende
Mobilitet innendørs			
▪ Ved gangfunksjon	<input type="checkbox"/> Selvstendig gange, uten hjelpemiddel	<input type="checkbox"/> Gange med rullator/prekestol	
	<input type="checkbox"/> Gange med krykker/stokk	<input type="checkbox"/> Gange med tilsyn/støtte av ___ pers	
▪ Ved bruk av rullestol	<input type="checkbox"/> Rullestol, kjører selv	<input type="checkbox"/> Rullestol, med hjelp	<input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol
Annet hjelpebehov*: _____			
5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss):			
<input type="checkbox"/> Under utdanning	<input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger, AAP	<input type="checkbox"/> Sosial stønad	
<input type="checkbox"/> Yrkesaktiv	<input type="checkbox"/> Sykemeldt fra dato _____ % _____	<input type="checkbox"/> Annet _____	
<input type="checkbox"/> Pensjonist	<input type="checkbox"/> Uføretrygdet		
5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? <input type="checkbox"/> Ja (legg ved kopi/notat) <input type="checkbox"/> Nei			
5.8 Hvilke tiltak har pasienten i kommunehelsetjenesten? <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste <input type="checkbox"/> Annet: _____ Hvorfor er ikke lokale tiltak et alternativ?:			
5.9 Har behandling på rehabiliteringsinstitusjon vært gitt tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, angi institusjon og årstall, samt legg ved rapport fra siste rehabilitering.			
6.0 Henviserens vurdering:		Motivasjon for rehabilitering:	Meget god <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lav
		Hastegrad	Høy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lav
6.1 Henviser/Innsøkende instans:			
<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/> Manuellterapeut	<input type="checkbox"/> Kiropraktor <input type="checkbox"/> Annet: _____
<input type="checkbox"/> Sykehusavdeling **: _____		<input type="checkbox"/> Sykehuspoliklinikk **: _____	
6.2 Dato: Sted: _____		6.3 Henviser: Navn/spesialitet/adresse/tlf (benytt gjerne STORE bokstaver):	
Signatur: _____			

Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på 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