Henvisning til rehabiliteringsopphold

HELSE ØST

1.1 Navn:	1.2 Personnummer:
1.3 Adresse:	
1.4 Postnummer:	1.5 Poststed:
2.0 Institusjonens navn:	3.0 Yrkes/krigsskade ☐ Ja ☐ Nei
4.0 Hoveddiagnose (årsak til oppholdet):	4.1 Kode ☐ ICD10 ☐ ICPC-2:

5.0 Personens mål for oppholdet:

5.1 Sykehistorie (kliniske funn, svar på utredninger med vekt på tilstanden som fører til innleggelsen, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til)*:

5.2 Foreskrevne medikamenter (spesielt smertestillende)*:

5.3 Varighet av tilstand:
Akutt (oppgi skade/operasjonsdato):
Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt symptomdebut):

5.4 Kryss av områder der sykdom eller 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 (se veiledning):

▪ 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	☐ Gange uten hjelpemiddel	☐ Gange med krykker	☐ Gange med rullator
▪ Ved bruk av rullestol	☐ Rullestol kjører selv	☐ Rullestol med hjelp	☐ Elektrisk rullestol

Annet hjelpebehov*:

5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss):

☐ Pensjonist/uføretrygdet	☐ Sykemeldt/attføring/rehabiliteringspenger	☐ Sosial stønad
☐ Yrkesaktiv	☐ Under utdanning	☐ Annet

5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? ☐ Ja (se evt. vedlagte kopi/notat) ☐ Nei

5.8 Er behandling i kommunehelsetjenesten et alternativ? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis nei, angi viktigste årsak:

5.9 Har lignende behandling vært gitt tidligere? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis ja, angi institusjon og årstall:

6.0 Henvisende leges vurdering:

Motivasjon for rehabilitering:	Meget god	☐	☐	☐	☐	☐	dårlig
Anbefalt ventetid	Kort	☐	☐	☐	☐	☐	lang

6.1 Søkende instans:
☐ Fastlege ☐ Privatpraktiserende spesialist ☐ Sykehusavdeling ☐ Sykehuspoliklinikk ☐ Annen lege

6.2 Sted/dato:	6.3 Legens navn/spesialitet/adresse/signatur:

Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på www.rehabinfo.no eller ved å kontakte Sentral enhet Rehabilitering på 800 300 61. Sendes **SeR, Postboks 174, 1451 Nesoddtangen**.

* utdypes i rulletekst, evt. i eget vedlegg