

SØKNAD OM KOMMUNALT REHABILITERINGSOPPHOLD VED NAMDAL REHABILITERING

Navn:		Personnummer:	
Adresse:			
Postnummer:	Poststed:	Tlf:	
Henvisningsgrunn/behov for rehabilitering:			
Hoveddiagnose (årsak til oppholdet):		Kode: <input type="checkbox"/> ICD10 <input type="checkbox"/> ICPC-2	
Bidiagnoser (av betydning for oppholdet):		Individuell plan: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Kort sykehistorie:			
Pasientens mål for oppholdet:			
Kryss av områder der sykdom eller 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 (hjerne/blodkar)	<input type="checkbox"/> Urinveiene	<input type="checkbox"/> Annet	
Angi personens behov for assistanse i forbindelse med:			
• Spisesituasjon	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____	
• Vask og påkledning	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____	
• Forflytning	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____	
• Toalettbesøk	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____	
• Medikamentadm.	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____	
Mobilitet innendørs			
• Ved gangfunksjon	<input type="checkbox"/> uten hjelpemiddel	<input type="checkbox"/> med krykker	<input type="checkbox"/> med rullator
• Ved bruk av man. rullestol	<input type="checkbox"/> kjører selv	<input type="checkbox"/> med hjelp	
• Ved bruk av el. rullestol	<input type="checkbox"/> kjører selv	<input type="checkbox"/> med hjelp	
Mobilitet utendørs			
<input type="checkbox"/> gange uten hjelpemidler		<input type="checkbox"/> Hjelpemidler	
Bosituasjon:			
<input type="checkbox"/> eget hjem		<input type="checkbox"/> omsorgsleilighet	<input type="checkbox"/> institusjon

Tidligere behandlig/opphold (relevant for henvisningsgrunn):		
Søkers motivasjon for rehabilitering: Meget god <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dårlig		
Anbefalt/ønsket tidsperiode og varighet for oppholdet:		
Fastlege :		
Sted/dato:	Henv. instans (signatur/stilling):	Adresse/mail/tlf:

Adresse: 7977 Høylandet
Telefon: 74322100

*** Annen eller mer utfyllende informasjon kan sendes med som vedlegg eller skrives her:**