



# REHABILITERINGSTJENESTEN I RANA

## Tilmelding

Opplysningene registreres i vårt datasystem og behandles konfidensielt

<b>Navn:</b>	<b>Fødselsnr.:</b>	
<b>Adresse:</b>	<b>Telefon:</b>	
<b>Postnr./sted:</b>	<b>Sivilstatus:</b>	
<b>Pårørende:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Relasjon:</b>
<b>Primærlege:</b>	<b>Smittestatus:</b> (dråpe og/eller kontaktsmitte)	
<b>Boform:</b> <input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Blokk: etg? <input type="checkbox"/> Alle rom på en flate <input type="checkbox"/> Har flere etasjer <input type="checkbox"/> Trapp adkomst		
<b>Arbeid:</b> <input type="checkbox"/> I jobb, % <input type="checkbox"/> Ufør, % <input type="checkbox"/> Sykemeldt, % <input type="checkbox"/> I fare for å falle ut <input type="checkbox"/> Ønsker å komme tilbake i jobb		
<b>Utdanning:</b> <input type="checkbox"/> Under utdanning <input type="checkbox"/> I fare for å falle ut av utdanning <input type="checkbox"/> Ønsker å komme tilbake til utdanning		
<b>Fall:</b> <input type="checkbox"/> Har falt tidligere <input type="checkbox"/> Ved fall, hvor nylig? <input type="checkbox"/> Har ingen kjente fallelisoder		
<b>Aktuell diagnose, problemstilling eller aktivitetsproblem</b>		
Hva er utfordringen?		
Når oppsto dette?		
Beskriv fysisk og/eller kognitiv funksjon:		
Hvilke følger får dette i dagliglivet?		
<b>Har følgende tjenester/hjelpemidler fra tidligere</b>		
<b>Henvist av:</b>	<b>Telefon henviser:</b>	<b>Dato:</b>

Til internt bruk:

<b>Mottatt av:</b>	<b>Dato mottatt:</b>	<b>Løpenr.:</b>
<b>Journalnr.:</b>	<b>Terapeut:</b>	<b>Prioritet:</b>
<b>Ventebrev sendt:</b>	<b>Dato sendt:</b>	<b>Utgår dato:</b>