



**FLORA KOMMUNE**

**FYSIO- OG ERGOTERAPIAVDELING**

Dato:

## TILVISINGSKJEMA (kun skriftleg)

Namn:	Fødd:
Adresse:	Telefon:
Næraste pårørande:	Telefon:
Barnehage/skule/arbeid:	Telefon:
Kontaktperson:	Telefon:
Andre samarbeidspartnarar:	

Pasienten bur åleine  ja,  nei, med:

Hjelpetiltak: Heimehjelp: t/veke Støttekontakt:  ja  nei  
Heimesjukepleie: t/veke Avlastning:  ja  nei  
Dagtilbod: t/veke Anna:

Evt. diagnose: År:

Fastlege:

Kort informasjon om ønskt tiltak, og kvifor:

Vedlagt følgjer:  Epikrise  Anna:  
 Funksjonsjournal

Tilvist av: Avdeling: