**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  Krigsskade: |
| 4.0 Hoveddiagnose og aktuell problemstilling: | | | 4.1 Kode  ICD10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ICPC-2: |
| 4.2 Relevant(e) bidiagnose(r): | | | |
| 5.0 Pasientens mål for oppholdet:  Det søkes om: Ordinær rehabilitering  Arbeidsrettet rehabilitering ”Raskere tilbake” 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:  Akutt (oppgi skade-/operasjonsdato):  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):  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:   * 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  Selvstendig gange, uten hjelpemiddel  Gange med rullator/prekestol   Gange med krykker/stokk  Gange med tilsyn/støtte av \_\_ pers   * Ved bruk av rullestol  Rullestol, kjører selv  Rullestol, med hjelp  Elektrisk rullestol   Annet hjelpebehov\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss):  Under utdanning  Arbeidsavklaringspenger, AAP  Sosial stønad  Yrkesaktiv  Sykemeldt fra dato\_\_\_\_ %\_\_\_  Annet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pensjonist  Uføretrygdet | | | |
| 5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist?  Ja (legg ved kopi/notat)  Nei | | | |
| 5.8 Hvilke tiltak har pasienten i kommunehelsetjenesten?  Sykehjem Fysioterapeut Ergoterapeut Hjemmesykepleie Hjemmetjeneste  Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvorfor er ikke lokale tiltak et alternativ?: | | | |
| 5.9 Har behandling på rehabiliteringsinstitusjon vært gitt tidligere?  Ja  Nei  Hvis ja, angi institusjon og årstall, samt legg ved rapport fra siste rehabilitering. | | | |
| 6.0 Henviserens vurdering: Motivasjon for rehabilitering: Meget god      lav  Hastegrad Høy      lav | | | |
| 6.1 Henviser/Innsøkende instans:  Fastlege  Privatpraktiserende spesialist Manuellterapeut Kiropraktor Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sykehusavdeling\*\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sykehuspoliklinikk \*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 6.2 Dato:  Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 6.3 Henviser: Navn/spesialitet/adresse/tlf (benytt gjerne STORE bokstaver): | |
| Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på [www.helse-sorost.no/rehabilitering](http://migr-2013.qa.fpl.local:10000/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 logo-sor-ost