**Henvisning for kartlegging/reparasjon av hjelpemidler**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn:**Løpenr: |  | Fødselsnr (11 siffer):D.nr (11 siffer) DUFnr (12 siffer)H-nr (11 siifer) |  |
| **Adresse** |  | **Sivilstatus:** | Ugift [ ] Gift/samboer [ ] Separert/skilt [ ] Enke/enkemann [ ]  |
| **Fastlege** |  | **Telefonnr** |  |

|  |
| --- |
| **Diagnoser:** |
|  |
| **Problemstilling/utfordring? Funksjonsnivå før skade/operasjon etc og nå?** |
|  |
| Hva er hovedmålet? |
|  |
| **Hvilke tiltak er evt. gjennomført? (eks. trening, tilretteleggelse av omgivelser, leiring etc)** |
|  |
| **Hvilke hjelpemidler ser du for deg å ha behov for? Hva er viktig for deg?** |
|  |
| **Hvor lenge tror du at du har behov for hjelpemidler?** |
|  |
| **Er bruker informert og enig i at hjelpemidler bestilles/søkes om? Ja** [ ]  **Nei** [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Henvisningen gir formidler mulighet til å hente inn nødvendige og relevante opplysninger fra annet/samarbeidende helsepersonell. Bruker må informeres om dette!**  |
|  |  |

 |
| **Henvist av: (Fullt navn)**  | **Henvisers telefonnr.:** |
|  |  |