**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.:** |
|  |  |