

1. Henviser

Svaradresse	Telefonnummer
-------------	---------------

Navn på aktuell privat rehabiliteringsinstitusjon (Henvisningen bør fylles ut sammen med pasienten)

--

2. Pasientopplysninger

Etternavn		Fornavn		Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse	Postnr.	Poststed	Bostedskommune	Mobilnummer
Ferdig behandlet på sykehus/ønsket oppstart av rehabiliteringsoppholdet				Dato
Fastlege				
Nærmeste pårørende				
Yrkesstatus				
Årsak til henvisningen				
Hoveddiagnose (ICD -10)				
Bidiagnose (ICD -10)				
<input type="checkbox"/> Vedlagt aktuelt journaldokument:				
Andre relevante tilstandar				
Vedlagt a (arbeids) - EKG		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Vedlagt ECCO COR		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Behandlingshjelpemidler				
Har pasienten en individuell plan (IP)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Er behov for IP meldt til kommunen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Har pasienten en koordinator i sykehuset?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis "ja", navn:
Har pasienten en koordinator i kommunen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis "ja", navn:
Har pasienten Helse- og omsorgstjenester /annen oppfølging i kommunen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvilke tjenester:
Behov for egen ledsager under oppholdet?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Har pasienten behov for tolk?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis "ja", språk:
Hvis aktuelt, gi opplysninger om smittestatus som krever isolasjon på sykehus		MRSA: _____ ESBL: _____ Annen: _____		

3. Pasientens mål for rehabiliteringsoppholdet

Er pasienten motivert for rehabilitering:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Beskriv mål		

4. Funksjonsnivå/Ressurser

Er pasienten helt selvstendig i daglige aktiviteter (ADL)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei, utdyp med Barthelskjema
Barthel	Score:	
Mobilitet innendørs	Ved gangfunksjon	
	<input type="checkbox"/> Gange uten hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Gange med krykker <input type="checkbox"/> Gange med rullator	
	Ved bruk av rullestol	
	<input type="checkbox"/> Rullestol, kjører selv <input type="checkbox"/> Rullestol, med hjelp <input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol	