1.1 Navn:

1.2 Personnummer:

1.3 Adresse:

1.4 Postnummer: 1.5 Poststed:

2.0 Institusjonens navn: 3.0 Yrkes/krigsskade ☐ Ja ☐ Nei

4.0 Hoveddiagnose (årsak til oppholdet):

4.1 Kode ☐ ICD10 ☐ ICPC-2:

4.2 Bidiagnoser (av betydning for oppholdet)*:

5.0 Personens mål for oppholdet:

5.1 Sykehistorie (kliniske funn, svar på utredninger med vekt på tilstanden som fører til innleggelsen, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til)*:

5.2 Foreskrevne medikamenter (spesielt smertestillende)*:

5.3 Varighet av tilstand:
Akutt (oppgi skade/operasjonsdato): _____
Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt symptomdebut): _____

5.4 Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss):

☐ Mentale/kognitive funksjoner
☐ Sansefunksjoner
☐ Smerteplager
☐ Kretsløp (hjerte/blodkar)
☐ Respirasjon
☐ Fysisk kondisjon
☐ Fordøyelse og stoffskifte
☐ Urinveiene
☐ Ledd- og knokler
☐ Muskulatur
☐ Bevegelsesapparatet
☐ Annet, spesifiser:

5.5 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med (se veiledning):

- 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 ☐ Gange uten hjelpemiddel ☐ Gange med krykker ☐ Gange med rullator
- Ved bruk av rullestol ☐ Rullestol kjører selv ☐ Rullestol med hjelp ☐ Elektrisk rullestol

Annet hjelpebehov*:

5.6 Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss)
☐ Pensjonist/uføretrygdet
☐ Yrkesaktiv
☐ Sykemeldt/attføring/rehabiliteringspenger
☐ Under utdanning
☐ Sosial stønad
☐ Annet

5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? ☐ Ja (se evt. vedlagte kopi/notat) ☐ Nei

5.8 Er behandling i kommunehelsetjenesten et alternativ? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis nei, angi viktigste årsak:

5.9 Har lignende behandling vært gitt tidligere? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis ja, angi institusjon og årstall:

6.0 Henvisende leges vurdering: Motivasjon for rehabilitering: Meget god ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ dårlig
Anbefalt ventetid Kort ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ lang

6.1 Søkende instans:
☐ Fastlege ☐ Privatpraktiserende spesialist ☐ Sykehusavdeling ☐ Sykehuspoliklinikk ☐ Annen lege

6.2 Sted/dato 6.3 Legens navn/spesialitet/adresse/signatur