



Vurdering av fysio- og ergoterapitjenesten

Umntatt offentlighet – Offl. § 13

Ønske om vurdering av

Fysioterapi Ergoterapi Rehabilitering Syn Hørsel Tekniske hjelpemidler

Den som søker tjenester

Etternavn		Fornavn (og evt. mellomnavn)		Fødselsnummer (11 tall)	
Adresse		Postnr.	Poststed		
Telefon	Institusjon/skole/barnehage	Kontaktperson på dagtilbud (barnehage, skole, sykehjem)			

Sivilstand

Enslig Gift Samboende Skilt/separert Enke/-mann

Nærmeste pårørende

	Navn	Tilknytning til bruker	Telefon	Mobil
1				
2				

Helsepersonell

Fastlege, øyelege, optiker, hørselslege, audiograf (navn, adresse, telefon)

Beskriv aktuell diagnose / problemstilling (ta gjerne med tidspunktet for når evt. diagnoser ble stilt)

Diagnose:

Hva er det i det daglige som du ikke får til / ikke mestrer / bekymrer deg for?



Dokumentasjon

Syn: I saker som gjelder syn **må** følgende legges ved:

- Nyeste øyeleger rapport (ikke mer enn 2 år gammel)
- Brilleseddel (ikke mer enn 2 år gammel)

Hørsel: I saker som gjelder hørsel **må** følgende bekreftes:

- Hørselstap – har høreapparat
- Hørselstap - har ikke høreapparat (hørselstapet må dokumenteres av hørselslege/audiograf)
- Har hørselshjelpemidler i hjemmet

Scooter: I saker som gjelder scooter **må** følgende legges ved:

- Legeerklæring (se vedlegg vedrørende dokumentasjonskrav til søknad om elektrisk ganghjelpemiddel/rullestol og scooter – finnes også på kommunens nettsider)

Har allerede tilbud fra

<input type="checkbox"/> Fysioterapi	Navn:	Tlf.:
<input type="checkbox"/> PPS	Navn:	Tlf.:
<input type="checkbox"/> Helsesøster	Navn:	Tlf.:
<input type="checkbox"/> Hjemmetjeneste		
<input type="checkbox"/> Annet:		

Hvem har fylt ut dette skjemaet

Navn	Stilling / relasjon til søker	Dato	Telefon	Mobil

Fullmakt

Underskrift / fullmakt

Jeg gir herved helse- og omsorgsetaten fullmakt til å innhente nødvendige medisinske opplysninger for å behandle søknaden samt utveksle informasjon med annet helsepersonell/samarbeidspartnere involvert i behandlingen. (jf. Lov om Helsepersonell, kap. 5 - Taushetsplikt og opplysningsrett).

Sted / dato

Underskrift av søker (evt. foresatte)

Dersom du har spørsmål eller lignende i forhold til din søknad om vurdering fra fysio- og ergoterapitjenesten kan du henvende deg til Bestillerkontoret som behandler søknaden:

Bestillerkontoret for helse- og omsorgstjenester

Telefon: 52 81 01 22

Telefaks: 52 81 01 44

Postadresse: Rådhuset, postboks 167, 4291 Kopervik

Besøksadresse: Stangalandsgt. 9, 4250 Kopervik