

## TILVISNING TIL KOMMUNAL FYSIOTERAPEUT

Namn: Fødd:  
Adresse: Telefon:  
Fastlege:  
I tilfelle korttidsopphald, kva institusjon: Periode:  
Aktuell diagnose:

### Problemstilling:

#### ADL-funksjon

#### Iplos - talkodar

Inn / ut av seng		1. Utgjer ingen problem / inga utfordring
Reise / setje seg		2. Ikkje trong for hjelp / assistanse
Gangfunksjon inne		3. Middels trong for hjelp / assistanse
Gangfunksjon ute		4. Stor trong for hjelp / assistanse
Gangfunksjon trapp		5. Fullt hjelpe- / assistansebehov
Av- / påkledning		<b>Har fylgjande hjelpemiddel:</b>
Toalettvitjing		
Syn		
Hørsel		
Kognisjon		
Kommunikasjon		

Brukar **skal vera informert** om at tilvisinga vert sendt, og at han/ho vert registrert i eit felles datasystem som vert nytta av Pleie- og omsorgstenesta.

**Er han / ho det?:**

**Mottar brukaren tenester frå andre instansar?**

Viss ja, i tilfelle kva:

Signatur:

Dato:

Kontaktperson:

Telefon: