MANDAL KOMMUNE
Avdeling for fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler
Besøksadresse: Lars O Røllandsgate 7
Post adresse: Postboks 905, 4509 Mandal

Unntatt offentlighet Off.loven §13

Henvisning til kommunal ergoterapitjeneste

Dato:_____

Navn:	**Personnr:**
Adresse:	**Fastlege:**
Postnr: **Poststed:**	
Sone:	**Kontaktperson/Henvist av:**
Telefonnr:	
Sivilstatus:	**Telefonnummer:**

Diagnoser:
Aktivitets og funksjonsnivå:
Årsak for henvisning til ergoterapeut (Sett kryss) ☐ **Gjenopptrening / ADL-trening eller generell kartlegging** ☐ **Bistand til søknad/bestilling av hjelpemidler** **Beskriv behovet:**

Ved alle henvisninger vil brukere motta informasjonsbrev om eventuelt venteliste og prioriteringsnøkkel, samt en tidsramme på når vi tar kontakt.

Er bruker informert om henvisningen? ☐ **JA** ☐ **Nei**

Utfylles av ergoterapeutene

Mottatt:
Prioritet:
Sendt ventelistebrev:
Sendt scooterbrev:
Første telefonsamtale:
Første hjemmebesøk:
Avsluttet: