

(For veiledning til utfylling av skjemaet, se side 3)		
1.1 Navn: Klikk her for å skrive inn tekst.		1.2 Fødselsnummer:
1.3 Adresse: Klikk her for å skrive inn tekst.		
1.4 Postnummer:	1.5 Poststed:	1.6 Tlf:
1.7 Bosituasjon/omsorgssituasjon/individuell plan Klikk her for å skrive inn tekst.		
1.8 Kommunale tjenester Klikk her for å skrive inn tekst.		1.9 Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Språk: Klikk her for å skrive inn tekst.
2.0 Gjelder henvisningen habiliteringsopphold for barn og unge? (Hvis ja, beskriv under) Klikk her for å skrive inn tekst.		
2.1 Institusjons navn: Klikk her for å skrive inn tekst.		3.0 Yrkes-/ Krigsskade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
4.0 Hoveddiagnose (Årsak til oppholdet): Klikk her for å skrive inn tekst.		4.1 Kode <input type="checkbox"/> ICD 10 <input type="checkbox"/> ICPC-2
4.2 Bidiagnoser (Av betydning for oppholdet): Klikk her for å skrive inn tekst.		
4.3 Kritisk informasjon (Allergier, MRSA/ESBL smitte) Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.0 Pasientens mål for oppholdet (se veiledning side 3): Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.1 Sykehistorie (Kliniske funn, svar på utredninger med vekt på tilstanden som fører til innleggelsen. Gjelder også psykisk sykehistorie med eventuell rusproblematikk) Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.1.1 Somatisk status (Hvordan påvirker plagene daglig funksjon knyttet til arbeid, utdanning og fritid) Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.1.2 Psykisk status Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.2 Legemidler i bruk (spesielt smertestillende): Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.3 Varighet av tilstand: Klikk her for å skrive inn tekst. Akutt (oppgi skade/ operasjonsdato): Klikk her for å skrive inn tekst. Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt for symptomdebut): Klikk her for å skrive inn tekst.		
5.4 Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett av ett eller flere kryss og beskriv nærmere under): <input type="checkbox"/> Mentale/ kognitive funksjoner <input type="checkbox"/> Respirasjon <input type="checkbox"/> Ledd- og knokler <input type="checkbox"/> Sansefunksjoner <input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon <input type="checkbox"/> Muskulatur <input type="checkbox"/> Smerteplager <input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte <input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet <input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerte/ blodkar). <input type="checkbox"/> Urinveiene <input type="checkbox"/> Annet* spesifiser		
Klikk her for å skrive inn tekst.		

5.5 Angi personens behov for personhjelp i forbindelse med (se veiledning side 3):

- Spisesituasjon Selvhjulpen Delvis Selvhjulpen Hjelpetrengende
- Vask og påkledning Selvhjulpen Delvis Selvhjulpen Hjelpetrengende
- Forflytning Selvhjulpen Delvis Selvhjulpen Hjelpetrengende
- Toalettbesøk Selvhjulpen Delvis Selvhjulpen Hjelpetrengende

Nærmere beskrivelse av hjelpebehov der det er merket for «delvis selvhjulpen eller hjelpetrengende»

Klikk her for å skrive inn tekst.

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

Mobilitet utendørs: Gange uten hjelpemidler Evt. Hjelpemidler: Klikk her for å skrive inn tekst.

Andre hjelpebehov:

Klikk her for å skrive inn tekst.

5.6 Arbeid og utdanning

- Pensjonist/ uføretrygdet Sykemeldt/ arbeidsavklaringspenger Sosial stønad
- Yrkesaktiv Under utdanning Annet

Utdyp status for arbeid/ utdanning for pasienter i arbeidsfør alder:

Klikk her for å skrive inn tekst.

5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist?

Ja (vedlegg kopi av notat/epikrise) Nei

5.8 Hvilke tiltak er prøvd i kommunehelsetjenesten? Hvilken effekt hadde tiltakene? Hvilken egenaktivitet gjør pasienten i det daglige?

Klikk her for å skrive inn tekst.

5.9 Har lignende behandling vært gitt tidligere?

Ja Nei

Hvis ja, angi institusjon, årstall og legg ved epikrise. Beskriv hva lokale oppfølgingsopplegg har bestått av i etterkant, samt hva som har tilkommet av nytt funksjonstap.

Klikk her for å skrive inn tekst.

6.0 Henvisende leges vurdering

Motivasjon for rehabilitering Meget god Dårlig
Anbefalt ventetid Kort Lang

6.1 Henvisende instans:

- Fastlege Privatpraktiserende avtalespesialist Sykehusavdeling Sykehuspoliklinikk Annen lege

Navn på pasientens fastlege, dersom annen henvisende instans:

Klikk her for å skrive inn tekst.

6.2 Gir pasienten samtykke til at vurderingsinstans kan innhente relevante supplerende opplysninger (sykehus epikrise, svar på undersøkelser utført på sykehus) og videresender rehabiliteringsinstitusjon:

- Ja Nei

Sted/ dato

Legens navn/ spesialitet/ signatur Klikk her for å skrive inn tekst.

Veiledning til utfylling av skjema «Henvisning til rehabiliteringsopphold»

1.1 – 1.6 Vennligst kontroller at navn og adresse er korrekt og oppdatert. Fødselsnummer er nødvendig for administrativ håndtering av henvisning.

2.0 Beskriv noe om hverdagen, skole, barnehage etc.

5.0 Formål med oppholdet er viktig for å kunne vurdere henvisningen. Det bør fortrinnsvis være ett overordnet konkret mål, eventuelt flere dersom det er relevant.

5.1 – 5.3 Sykehistorie kan vedlegges i eget brev eller i form av kopi av relevante epikriser/notater dersom det er mindre enn en måned siden siste epikrise. Angi hvilke medikamenter personen benytter, også medikasjon ved behov. Eventuelle alvorlige allergier bør også angis under dette punktet. Angi varighet av tilstanden, eventuelt omkring start for symptomdebut ved kroniske tilstander. Årstall, eventuelt med månedsangivelse er tilstrekkelig.

5.4 Angi områder hvor det foreligger vesentlige funksjonsutfall og beskriv disse. Betegnelse er fra ICF (International Classification of Function). Se www.rehabinfo.no for informasjon om ICF.

5.5 Angi dersom personen trenger fysisk assistanse i forbindelse med disse oppgavene:

- Når maten er ferdig tilberedt, behøver personen hjelp i løpet av måltidet for å spise og drikke?
- Behøver personen hjelp til å vaske, skylle og tørke kroppen? Behøver personen hjelp til å kle på og av seg?
- Behøver personen hjelp til å forflytte seg til og fra seng til stol, rullestol? Eller hjelp til å forflytte seg fra toalett eller dusjsete?
- Behøver personen hjelp i forbindelse med toalettbesøk?
- Behøver personen hjelp for å ta seg frem gående eller i rullestol minst 50 meter?
- Annet hjelpebehov: For eksempel hjelp i forbindelse med inkontinens, sårstell og lignende eller veiledning på grunn av kognitiv svikt.

Grad av hjelpebehov vurderes som følger:

1. **Selvhjulpen** (evt med hjelpemidler)

2. **Delvis selvhjulpen:** Behøver personen bare tilsyn, veiledning, oppfordring eller hjelp til å sette på ortose eller tilrettelegging (for eksempel finne frem utstyr, sette på skinner/korsett, klær og lignende). Eventuelt om personen i tillegg bare trenger tilfeldig hjelp (for eksempel ta på sko, sokker, knapper/glidelås og lignende).

3. **Hjelpetrengende:** Personen trenger assistanse med det meste innen aktiviteten og hjelper er nødvendig for gjennomføring.

5.6 Arbeid og utdanningsstatus på grunnlag av de siste ukers situasjon.

5.8 Dette må beskrives inngående for at henvisningen skal bli vurdert.

5.9 Angi eventuell erfaring med tidligere behandling ved rehabiliteringsinstitusjon.

6.0 Motivasjon og anbefalt ventetid er nødvendig for riktig prioritering av henvisningen.