Nord-Odal kommune

Mottatt dato	Signatur

HENVISNING TIL: ☐ FYSIOTERAPEUTEN
☐ ERGOTERAPEUTEN
☐ REHABILITERINGSTEAMET (rehabiliteringskoordinator / sjeffysioterapeut, tiltakskonsulent fra sosialtjenesten, sykepleier, ergoterapeut)

1 Person- og boligopplysninger		
1 Etternavn, fornavn, mellomnavn		3 Fødselsnr.(11 siffer)
2 Adresse:	Postnr. Poststed	4 Tlf.nr:
5 Vegforklaring:		
6 Sivilstand: 1 Ugift 2 Gift, samboer, registrert partner 3 Enke, enkemann, gjenlevende partner/samboer 4 Skilt/separert, inkludert oppløste partnerskap/samboerskap		
7 Husstand 1 Bor alene 2 Bor sammen med andre		
8 Tilrettelagt bolig 1 Nei 2 Ja	Merknad	
9 Boligtype 1 Ordinær bolig 2 Trygdebolig 3 Omsorgsbolig 4 Aldershjem 5 Sykehjem 6 Annet:		
10 Nærmeste pårørende:	Adresse:	Tlf.nr:
11 Fastlege:	Arbeidssted:	Tlf.nr:

2 Diagnose/problem:

3 Henvist av:	Dato:
Totalt antall konsultasjoner i perioden:	

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg samtykker herved til rehabiliteringsteamet uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kan gi og innhente opplysninger som er nødvendige for å kunne gi et kvalitativt best mulig rehabiliteringstilbud. Jeg har fått informasjon om hvilke opplysninger det dreier seg om.

Dette samtykket gjelder for perioden …….. til ……

……. ……
Sted / dato Brukers underskrift

Postadresse:
Nord-Odal kommune, Rehabiliteringsteamet, 2120 Sagstua
Telefon: 62 97 81 00
Telefaks: 62 97 81 01

Etternavn, fornavn, mellomnavn	3 Fødselsnr.(11 siffer)

Dato/Sign		**4 Tiltak/Notater**