



Alta kommune

Ergo- og fysioterapitjenesten

FORESPØRSEL OM FYSIOTERAPI

DATO: _____

Navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted: _____

Tlf.: _____ Nasjonalitet: _____

Behov for tolk? Ja, evt. hvilken? _____ Nei

Fastlege: _____

Kan fysioterapeut ta direkte kontakt med pasient? Ja Nei

Dersom nei, hvem kan kontaktes? (for barn fylles foresattes navn inn)

Navn: _____ Tlf.: _____

Hvordan mottas henvisningen? Per telefon Kommer hit selv Annen henvender

Ved annen henvender:

Din relasjon til pasienten: _____

Er pasienten informert om din henvendelse? Ja Nei

ÅRSAK TIL HENVENDELSE

Aktuell problemstilling/diagnose/operasjon: (hvorfor ønskes fysioterapi?)

Når oppsto problemstillingen? Dato: _____

Dato for evt. operasjon? _____

Forflytningshjelpemidler: _____

Har du/pasient vært i kontakt med andre helseinstanser knyttet til denne

problemstillingen/diagnosen/operasjonen? Ja, evt. hvem? Nei

ANDRE OPPLYSNINGER

Arbeid:

Helt eller delvis sykemeldt Ufør Pensjonist Ikke aktuelt

Hørsel/syn Spesifiser _____

Språk/tale Spesifiser _____

Annet Spesifiser _____

SKJEMA FYLT UT AV: _____

TLF.: _____