

**FORESPØRSEL OM FYSIOTERAPI**

Dato: _____

Navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted: _____

Telefon: _____ 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: _____ Telefonnr: _____

Navn: _____ Telefonnr: _____

Ved annen henvender:

Er pasienten informert om din henvendelse? Ja Nei

Din relasjon til pasienten: _____

ÅRSAK TIL HENVENDELSE

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

Når oppsto problemstillingen? Dato: _____

Er dette en yrkesskade? Ja Nei

Dato for evt. operasjon? _____

Forflytningshjelpemidler: _____

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

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

Arbeid: helt eller delvis sykemeldt ufør pensjonist ikke aktuelt**ANDRE OPPLYSNINGER VED BEHOV** Hørsel/syn Spesifiser _____ Språk/tale Spesifiser _____ Annet Spesifiser _____