



HELSE- OG FAMILIETJENESTEN KLÆBU KOMMUNE

RE-/HABILITERINGSTJENESTEN

Henvisning til undersøkelse/vurdering av voksne/eldre.

Navn: _____ **Personnr, 11 siffer:** _____

Adresse: _____

Telefonnr: _____

Pårørende:

Navn: _____ **Tlf:** _____

Evt hjelpeverge: _____ **Tlf:** _____

Henvist av (navn og stilling): _____ **Dato:** _____

Henvisers tlf.nr: _____ **Kan treffes når?** _____

Fastlege: _____

Aktuell problemstilling:

Begrunnelse for henvisning. Beskriv kort funksjonsnivå, og hva bruker har behov for. Legg evt med relevante epikrise(r) og/eller henvisning fra lege.

Underskrift fra den som henvises (evt pårørende eller hjelpeverge):

Ja, jeg er kjent med innholdet i denne henvisningen.

Dato: _____ **Navn:** _____