

## Henvisning til spesialiserte rehabiliteringstjenester

Pasientens navn:

Fødsels- og personnummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststed:

Telefon/mobil:

Fastlege:

Legekontor:

Telefon:

Hoveddiagnose og aktuell problemstilling:

Kode:

ICD10:

ICPC-2:

Relevant(e) bidiagnose(r):

Foreskrevne medikamenter:

Legg ved legenotat (kliniske funn, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til).

Legg ved relevante utredningsresultater fra ØNH klinikk (f.eks. journalnotat, audiografnotat, audiogram med luft og benledning, taletest).

### Tolketjenester, mobilitet og hjelpebehov

TOLK:

Skrivetolk

Tegntolk

Språktolk

Hvilket språk

GANGE:

Selvstendig

Rullator

Krykke/stokk

Trenger assistanse

RULLESTOL:

Selvstendig

Trenger assistanse

Elektisk rullestol

ANDRE HJELPEBEHOV:

### Arbeid og utdanning (sett ett eller flere kryss):

<input type="checkbox"/> I utdanning	<input type="checkbox"/> Pensjonist	<input type="checkbox"/> Sykemeldt	<input type="checkbox"/> % fra dato	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Yrkesaktiv	<input type="checkbox"/> Uføretrygdet	<input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger AAP	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="text"/>

### Henviser/ Innsøkende instans:

<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> ØNH spesialist HF	<input type="checkbox"/> Privatpraktiserende ØNH spesialist	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Audiofysiker*	<input type="checkbox"/> Audiopedagog*	<input type="checkbox"/> Audiograf*	* i ØNH i spesialisthelsetjenesten	

Dato	Sted	Ansvarlig ØNH spesialist
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Henviser: Navn/spesialitet/adresse/tlf (benytt gjerne STORE bokstaver):	Signatur
<input type="text"/>	<input type="text"/>