

HENVISNING TIL HVERDAGSREHABILITERING

Marker kommune

Etternavn:	Fødselsnummer:
Navn:	Telefon:
Adresse:	Fastlege:
Nærmeste pårørende/kontaktperson:	Telefon pårørende/kontaktperson:

Er bruker informert om henvisningen:	Ja	Nei
--------------------------------------	----	-----

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Hva ønsker du å trene på?

Hvorfor ønsker du hverdagsrehabilitering?

Henvist av:

Navn:	Forhold til bruker:
Telefon / adresse:	Dato:

Mottatt dato:	Signatur:
---------------	-----------



Fullmakt i forbindelse med søknad om tekniske hjelpemidler

Dette skjemaet benyttes når søker gir fullmakt til at søknad kan hentes fra www.nav.no og fylles ut av behandler/kartlegger i etterkant av kartlegging. Skjemaet sendes sammen med søknadsskjema, kartleggingsskjema og toppark til NAV.

Der hvor det er mulig, benyttes standard fremgangsmåte med underskrift direkte på søknadsblanketten.

1 Opplysninger om søker

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	

2 Hjelpemidler

Antall	Hjelpemiddelnummer	Hjelpemiddelbeskrivelse

3 Erklæring

Jeg er klar over at utlånte hjelpemidler er Arbeids- og velferdsetatens eiendom, og at de skal tas godt vare på. Når jeg ikke lenger har bruk for et hjelpemiddel, skal det leveres tilbake til hjelpemiddelsentralen/kommunehelsetjenesten. Jeg er kjent med de forpliktelser jeg har påtatt meg, og at de som bistår med formidlingen av hjelpemidlene til meg vil få kopi av søknaden og vedtaket som blir gjort. Jeg kan ikke kreve hjelpemidler av et bestemt merke. Jeg samtykker i at hjelpemiddelsentralen kan innhente nødvendige opplysninger for å behandle søknaden.

Jeg gir hermed fullmakt til at
(navn) fyller ut og begrunner søknad om forannevnte hjelpemidler og sender til NAV i mitt sted.

Sted og dato:

Søkerens/vergens/hjelpevergens underskrift (stryk det som ikke passer):

HENVISNING TIL FYSIO – OG ERGOTERAPITJENESTEN, BARN Marker kommune

Barnets etternavn:	Fødselsnummer:
Barnets navn:	Adresse:

Foresatte 1:	Foresatte 2:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:

Årsak til henvendelse/ diagnose:

Bistand/vurdering ønskes i forhold til (beskriv observerte utfordringer med motorikk og/eller aktivitet):

--

Henvist av:

Dato:	Navn:	Forhold til bruker:
-------	-------	---------------------

Sett kryss: Jeg/vi samtykker til innhenting av informasjon fra samarbeidspartner

Jeg / vi samtykker til at barnet mitt/vårt kan motta tjenester fra Fysio- og ergoterapitjenesten:

Sted/dato	Underskrift foresatte
-----------	-----------------------

Fylles ut av fysio- ergoterapitjenesten:

Mottatt dato:	Ergoterapeut / fysioterapeut
---------------	------------------------------

HENVISNING TIL FYSIO – OG ERGOTERAPITJENESTEN
Marker kommune

Efternavn:	Fødselsnummer:
Navn:	Adresse:
Adresse:	Fastlege:
Nærmeste pårørende/kontaktperson:	Telefon:

Er bruker informert om henvisningen:	Ja	Nei
--------------------------------------	----	-----

Årsak til henvendelse/ diagnose:

Bistand/vurdering ønskes i forhold til:

Henvist av:

Navn:	Forhold til bruker:
Telefon / adresse:	Dato:

Fylles ut av fysio- ergoterapitjenesten:

Mottatt dato:	Ergoterapeut / fysioterapeut
---------------	------------------------------