|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** Klikk her for å skrive inn tekst. | **Personnummer:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Adresse:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Postnummer:** Klikk her for å skrive inn tekst. | **Poststed:** Klikk her for å skrive inn tekst. | **Tlf:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Ambulant tjeneste** [ ]  **Individuelt døgnopphold** [ ]  **Varighet på oppholdet:**  |
| **Behov for rehabilitering:**Klikk her for å skrive inn tekst.**Har bruker fått avslag på søknad om spesialisert. Rehab** [ ] ja[ ] nei  |
| **Aktuelle diagnoser/ sykehistorie Kode:** [ ] ICD10: [ ]  ICPC-2:Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Cave/spesiell diett:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Pasientens Mål for oppholdet (eks 1: klare å gå trapp før utreise, eks 2: delta på seniordans til høsten):**Klikk her for å skrive inn tekst.**Plan etter endt opphold:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
|
| **Fastlege/legekontor:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Behov for individuell plan?** [ ] ja[ ]  nei **Har individuell plan:** [ ]  ja[ ]  nei |
| **Søkers motivasjon for rehabilitering:** Meget god [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Dårlig**Er bruker informert om denne henvisning:** Ja[ ]  Nei[ ]  |
| **Bosituasjon**: [ ]  eget hjem [ ]  omsorgsleilighet [ ]  institusjon [ ]  sentrumsnært [ ]  landlig [ ]  kjører bil**Sivilstatus:** [ ]  bor alene [ ]  bor sammen med ektefelle/samboer [ ]  bor sammen med annet familiemedlem**Familie/pårørende i nærheten:** [ ]  ja [ ]  nei ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**Miljøfaktorer:** Utfordringer i boligen? Klikk her for å skrive inn tekst.**Arbeidssituasjon/tidligere yrke:** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Kommunale tjenester:** Innsatsteam/Trygghetsalarm Hjemmesykepl. Hjemmehjelp Dagtilbud Rus/psykiatri hverdagsrehab. Matombringing  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] Fysio/ergoterapi [ ] Kort beskrivelse av tjenesten(e): Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Hjelpemidler:** Klikk her for å skrive inn tekst.**Behov for vurdering av hjelpemidler:** Klikk her for å skrive inn tekst.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Opplysninger om funksjonsnivå/ADL nivå (koder):****1. Uavhengig:**  Ingen behov for hjelp eller tilsyn**2. Noe problem:** Utfører/klarer selv, men med endret standard. Trenger ikke personbistand.**3. Middels problem:** Utfører/klarer deler selv, men må ha personbistand til resten. Bistandsyter kan evt. gå til og fra.**4. Store problemer:** Utfører/klarer deler selv, men med bistandsyter til stede hele tiden. Bistandsyter er til stede  for veiledning/tilrettelegging/tjenesteyting.**5. Klarer ikke:** Utfører ikke noe selv Totalt hjelpetrengende - har behov for hjelp av personalet i hele aktiviteten. |
| **Vurdering fra kode 1 – 5.****(NB: Tendens/store linjer)** | **Kode****1 – 5:** | **Kommenterer:****Ved score 3–5 skal funksjon/hjelpebehov beskrives.** |
| **Hukommelse:**Gjelder orientering for tid og sted, huske nylig inntrufne hendelser, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser. | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Kommunikasjon:**Gjelder kommunikasjon med andre personer, det å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker. | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Ivaretar egen helse:**Gjelder håndtering av egen helsesituasjon, evne til å ta kontakt med behandlingsapp. ved behov, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner. | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Styre adferd:**Gjelder kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre. | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Syn:** | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Hørsel:** | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Spise:**Har behov for bistand/assistanse til å spise servert mat og drikke. Svelgproblematikk. | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Personlig hygiene/bad/påkledning:** | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Toalettbesøk/eliminasjon:** | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Forflytning/mobilitet**  inkl. trappegang | Klikk her for å skrive inn tekst. | Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Ernæringsstatus (over/underernært, regelmessighet på måltider):** Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Ajourført medisinliste og medisiner skal følge med pasienten til opphold.**  |
| **Er nødvendige overflyttingsrapporter/epikriser (fra sykehus/hjemmetjeneste/fysioterapeut/fastlege evt andre) vedlagt?** [ ]  ja [ ]  nei (oversendes senere- før opphold). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sted/dato:**Klikk her for å skrive inn tekst. | **Henvisende instans (signatur/stilling):**Klikk her for å skrive inn tekst. | **Adresse/mail/tlf:**Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Andre kontaktpersoner i kommunen** | **Navn/ stilling** Klikk her for å skrive inn tekst. | **Adresse/e-post/tlf.**Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Innstilling fra inntaksteam på Namdal Rehabilitering:**Klikk her for å skrive inn tekst. |

 ***Skjemaet er utarbeidet i henhold til pkt. 6 i samarbeidsavtalen mellom eierkommunene og Namdal Rehabilitering IKS.***