|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** janei | | | |
| **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.***