

LEGEOPPLYSNINGER

Til Legen:

Det er av stor betydning at tjenesten er kjent med søkers helsetilstand. Tjenesten ber om at resultater av undersøkelser og opplysninger om sykehusopphold blir vedlagt. Bruk gjerne eget ark, men ta med de opplysningene skjemaet etterspør.

1. DIAGNOSE (R)

2. SYKEHISTORIE MV.

2.1 Tidl. sykdommer/behandling

2.2 Utredning/rehab. Forsøk hittil

2.3 Aktuell problemstilling
Behov omsorg/pleie/transport

2.4 Stat. pres. (hjerte/karstatus)

2.5 Rehabiliteingspotensiale

2.6 (Lab. V/demens:CT caput)

2.7 (V/demens: nevr.us.)

3. FUNKSJONSEVNE:

3.1 Motorikk, selvhjulpenhet	Ja		Nei		3.2 Mentalt	Ja		Nei		3.3 ADL	Ja		Nei	
Går selv					Adekvat					Spiser selv				
Stokk/krykke					Glemsk					Toalettbesøk				
Rullestol					Deprimert					Vask/hygiene				
Sengeliggende					Dement					Kontinent				

Evt. Merknader

4. AKTUELL MEDIKASJON

5. SOSIALE FORHOLD

5.1 Boligforhold

5.2 Pårørende

5.3 Offentlig hjelp
(hj.hjlp,hj.sp1,dagtilbud,transport)

6. BEGRUNNET VURDERING AV BEHOV (Økt hjelp/rehabilitering/dagtilbud/institusjon)

Sted, dato. Legens stempel / underskrift