



Navn:			
F. dato:		Tlf:	
Fast bopel:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kommentar:
Sivil status :			Tidl. opphold:

Sykehus			
Kontaktperson :		Tlf:	

Diagnose:	Døgntilbud? <input type="checkbox"/>	Dagtilbud? <input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------------------	-------------------------------------

Når mottok sykehuset henvisningen	
Når vurderte sykehuset henvisningen	
Frist for oppstart av helsehjelp	
Når ble helsehjelpen påbegynt	

Tidligere sykdommer
- Mål for oppholdet:
- Grad av motivasjon:
- Forventet virkning av oppholdet

Aktivitetsnivå			
Hjelpemidler			
Komplikasjoner			
Sår			
Orienteringsevne			
CAVE			
Kosthold		Hjemmespl.	

Avdeling sender:

Epikrise (elektronisk)
Operasjonsbeskrivelse
Medisinoversikt
Medisiner
Delytelse

Sykepleierapport
 Fysikalsk rapport
 Marevanliste
 Søknad/henvisning Helse Midt

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Annet			
Romønske			
Inndato	Dato klar for utreise:		
Info tatt av		Dato	