

Henvisning Aktivt oppsøkende helsehjelp ved balanse- og svimmelhetsforstyrrelser

(Hvordan fylle ut og sende skjemaet? Se baksiden for veiledning)

*utdypes gjerne i eget vedlegg

1.1 Navn:		1.2 Personnummer:	
1.3 Adresse:			
1.4 Postnummer:		1.5 Poststed:	1.6 Tlf:
2.0 Aktivt oppsøkende poliklinikk:			
3.0 Hoveddiagnose (årsak til oppholdet):		3.1 Kode <input type="checkbox"/> ICD10: <input type="checkbox"/> ICPC-2:	
3.2 Bidiagnoser (av betydning):			
4.0 Pasientens mål for tiltaket:			
5.0 Relevant sykehistorie*:			
5.1 Foreskrevne medikamenter, inkludert behovsmedisin*: Allergier:			
5.2 Varighet av tilstand: Akutt (oppgi skade/operasjonsdato): Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt for symptomdebut):			
5.3 Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige: (sett ett eller flere kryss)		Bevegelsesapparatet	
		Smerteplager	
		Mentale/kognitive funksjoner	
		Sansefunksjoner	
		Fysisk kondisjon	
		Annet* spesifiser	
5.4 Arbeid (oppgi arbeidsplass, evt. hvor lenge pasient har vært sykemeldt og stønader)*:			
5.5 Er tilstanden vurdert av lege/fastlege/spesialist? Hvis ja, legg gjerne ved kopi av notat.		JA:	NEI:
5.6 Tidligere behandling/rehabilitering? Hvis ja, hvilken behandling, når?:		JA:	NEI:
6.0 Trenger pasienten tolk? Hvis ja, hvilket språk?:		JA:	NEI:
7.0 Henvisende instans: <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Spesialist <input type="checkbox"/> Annen (fysio, kiropr, napr, etc.)			
7.1 Navn på pasientens fastlege, dersom annen henvisende instans:			
Sted/dato:		Henvisers navn/yrke/spesialitet/signatur:	
Informasjon om tilbudene ved Opptreningscenteret i Finnmark er å finne på www.oif.no			

Veiledning til utfylling av skjema: «Henvising Aktivt oppsøkende helsehjelp ved balanse- og svimmelhetsforstyrrelser»

1.1- 1.5 Vennligst kontroller at navn og adresse er korrekt og oppdatert. Personnummer er nødvendig for administrativ håndtering av henvising.

2.0- 2.1 Kryss av for Aktivt oppsøkende poliklinikk.

3.0- 3.2 Angi diagnose og eventuell relevante bidiagnoser av betydning.

4.0 Pasientens mål er viktig for å kunne vurdere aktuelt tiltak og mulige anbefalinger. Det bør fortrinnsvis være ett overordnet konkret mål, eventuelt flere dersom det er relevant.

5.0- 5.2 Sykehistorie vedlegges i brev eller i form av kopi av relevante epikriser/notater. Angi hvilke medikamenter personen benytter, også medikasjon ved behov. Eventuelle alvorlige allergier bør også angis under dette punktet. Angi varighet av tilstanden, eventuelt omkring start for symptomdebut ved kroniske tilstander.

5.3 Angi område(r) hvor det foreligger vesentlige funksjonsutfall.

5.4 Arbeidsstatus på bakgrunn av de siste ukers situasjon, og eventuelt hvor lenge personen har vært sykemeldt. Oppgi også hvor/med hva pasienten arbeider.

5.6 Angi eventuell erfaring med tidligere tiltak/behandlinger.

Sending av skjema:

Ferdig utfylt skjema skal sendes til:

Opptreningscenteret i Finnmark AS
Postboks 1283, 9505 ALTA

Mrk: «Aktivt oppsøkende helsehjelp»

- Etter at søknaden er behandlet vil pasienten få tilsendt et brev med nødvendig informasjon om tilbud og oppmøtetidspunkt/-sted fra OiF.
- Ved avslag på søknad vil det bli sendt svar til henvisende instans med begrunnelse.
- Pasienten betaler ingen egenandel ved oppmøte på Aktivt oppsøkende helsehjelp ved balanse- og svimmelhetsforstyrrelser ettersom dette er et eksternt finansiert kvalitetsforbedringsprosjekt. Eventuelle reiseutgifter og tapt arbeidsinntekt må imidlertid dekkes av pasienten selv.