



Søknad til Rudsødegården bo og rehabiliteringssenter - rehabiliteringsavdelingen

Type opphold

Vurderingsopphold **Rehabiliteringsopphold** **Korttidsopphold**

Personalialia

Søker		Pårørende	
Navn:		Navn:	
Adresse:		Adresse:	
Postnr./Poststed:		Postnr./Poststed:	

Utfylles ved henvendelse til institusjon/sykehus

Institusjon:		Avdeling :		Telefon :	
Behandl. lege:		Ergoterapeut:			
Sykepleier:		Fysioterapeut:			
Sosionom:		Logoped:			
Innlagt f.o.m:		Planlagt utskriving:			

Utfylles ved henvendelse fra Hole/utenom institusjon

Tjenestested:		Fysioterapeut:	
Telefon:		Hjemmesykepleier:	
Primærlege:		Hjemmehjelp:	
Andre:			

Medisinske opplysninger

Hoveddiagnose:	
Tidligere/andre sykdommer/skader av betydning for rehabiliteringen:	

Funksjonsnivå

Funksjon:	Selvhjulpen	Noe hjelp	Mye hjelp	Kommentarer:
Inn/ut av seng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toalettbesøk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personlig hygiene:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Av- og påkledning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilitet inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Er søker orientert for tid/sted/situasjon:	
--	--

Språkproblemer:				
Kommentarer:				
Nødvendige hjelpemidler søker er avhengig av i dag				
Type:				
Har søker med hjelpemidler til rehabiliteringsavdelingen:				
Boforhold				
<input type="checkbox"/> Enebolig	<input type="checkbox"/> Bor alene	<input type="checkbox"/> Leilighet	<input type="checkbox"/> Hvis ikke, sammen med:	
Opplysninger av sosial karakter				
Søkers egen vurdering/ønsker med oppholdet				
Aktuell målsetning med oppholdet				
Sted og dato			Søknad fylt ut av:	
			Navn:	
			Stilling:	
			Vedlegg:	

Rudsødegården bo og rehabiliteringssenter
Rehabiliteringsavdelingen
v/Marit Rudstaden
3531 KROKKLEIVA