



Lækjaropplysnings skjema ved søknad om heimetenester,
institusjonsopphald, tilrettelagte bustadar m.m

Pasientens namn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Fastlækjar:

Diagnosar (ICPC-2) og aktuelle sjukdomar(kan eventuelt vedleggast):

-
-

Dersom mistanke om demens skal det føreligge ein MMS- test.

Føremålet med søknaden/aktuell problemstilling(v/søknad om kortidsopphald må det framkome kva ein ynskjer å oppnå med opphaldet, og observasjonar og undersøkingar som er ynskjeleg):

Følgjande opplysningar må framkome:

Oversikt over tidlegare sjukdomar:
Aktuell sjukdom (gjerne vedlegg av epikrise/ev. utskrift av journal for siste månadar):
Kritisk informasjon(allergi m.m):
Dato for sist konsultasjon (helst ikkje eldre enn 4 veker):
Lækjarmiddelliste:
Vurdering av samtykkekompetanse:
Funksjonsbeskriving (beskriv evne og årsak til svikt, eventuelt tap av funksjon skjedd over tid eller akutt):
Bevege seg innandørs:
Bevege seg utandørs:
Funksjonalitet i ledd:
Personleg hygiene:
Syn:
Hørsel:
Hukommelse:

Dato og underskrift: _____