

Henvisning til MS-Senteret Hakadal AS

Pasient- navn:		Pers.nr.:
Adresse:		Tlf. priv.: Mobil:
NAV kontor:		e-post:
Navn/ adresse fastlege:		
I jobb:	Ufør:	AAP:
		Sykemeldt:
		Annet:
Tidl. opphold ved MSSH: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, når?		
Ved andre rehabiliteringssentre: Når?		

Det henvises til: Intensivopphold Rehabiliteringsopphold
 Rehabiliteringsopphold med arbeidsrettet fokus

Ved ordinært rehabiliteringsopphold ønskes fokus på (sett ring evt. rundt flere):

Kognitiv funksjon / Fatigue / Smerter / Fysisk funksjon / Vannlating/tarm / Utdanning/jobb
 Kosthold / Livsstilsendring / Annet (kort beskrivelse av problemstilling):

.....

MS-diagnose fra (ca. årstall): EDSS:

Symptomer i form av:

.....

Andre diagnoser:

.....

Psykiske utfordringer i hverdagen, hvis ja, hvilke?

.....

Medisinering: Ja Nei Hvis ja, legg ved medisinliste.

Har pasienten **kjent matallergi** eller **annen sykdom som må reguleres ved kosthold**?

.....
.....

Hjelpemidler	Ja	Nei	Kommentar
Stokk/krykker/rullator			
Manuell rullestol			
Elektrisk rullestol			
Annet			

Hjelpebehov	Avhengig av hjelp	Trenger noe hjelp	Selvhjulpen	Hva trenger pas. hjelp til?
Forflytning				
Personlig hygiene				
Kateterisering (RIK)				Hvis ja, hvor ofte?
Matsituasjon				

Mottar pasienten ytelser fra kommunen, f.eks.:

Tjeneste	Ja	Nei	Navn og tlf. på kontaktperson	Antall timer per uke
Fysioterapi				
Ergoterapi				
Hjemmehjelp				
Hjemmesykepleie				
Personlig assistent				

Hvilke **mål / motivasjon** har pasienten for oppholdet?

Epikrise fra nyere neurologisk undersøkelse/innleggelse og evt. **annen relevant informasjon** skal vedlegges henvisningen.

Dato: _____

Henvissende lege: _____
Signature/stempel