

## Henvisning til MS-Senteret Hakadal AS

Henvisers navn og adresse:

**Det henvises til:**

- Intensivopphold
- Rehab.opphold
- Rehab.opphold med arbeidsrettet fokus

Navn på fastlege (hvis henviser er nevrolog): \_\_\_\_\_

**Pasientopplysninger:**

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	Bokommune
Postnummer, poststed	Mobilnummer

MS-diagnose (G35/N86): \_\_\_\_\_

Type MS: \_\_\_\_\_

Symptomer fra (år): \_\_\_\_\_

EDSS: \_\_\_\_\_

Andre diagnoser: \_\_\_\_\_

**Pasienten har utfordringer i form av:**

Kognisjon / Fatigue / Smerter / Fysisk funksjon / Vannlating / Tarm / Seksualfunksjon / Søvn /  
Utdanning - Jobb / Kosthold / Tale / Livsstil / Psykisk funksjon / Annet (kort beskrivelse):

---

---

**Hvilke utfordringer ønsker pasienten fokus på?**

---

---

Diett / tilrettelagt kost?: \_\_\_\_\_

Har pasienten behov for tolk? JA

Hvilket språk: \_\_\_\_\_ NEI

**Bruker pasienten medisiner?:**

JA - legg ved oppdatert medisinliste inkl. eventuelle kostholdstilskudd)

NEI

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

Har pasienten behov for hjelp i det daglige; som ved personlig hygiene, forflytning eller måltider?

---

---

---

Pasienten er: I jobb % \_\_\_\_\_ Ufør % \_\_\_\_\_ AAP % \_\_\_\_\_ Sykemeldt % \_\_\_\_\_

**Har pasienten individuell plan?**  JA (navn på koordinator): \_\_\_\_\_

NEI

**Mottar pasienten ytelser fra kommunen?:**

Tjeneste	Ja	Nei	Navn og tlf. på kontaktperson	Timer per uke
Hjemmehjelp				
Hjemmesykepleie				
Personlig assistent				

**Kopi av siste nevrologiske status/undersøkelse fra poliklinisk kontroll eller epikrise skal vedlegges henvisningen.**

**Annen relevant informasjon, som f.eks. kopi av siste MRI-beskrivelse er en fordel, og spesielt nyttig der det er kognitive utfordringer.**

Dato: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_