**Søknad om Kvardagsrehabilitering (vaksne 18+)**

|  |  |
| --- | --- |
| Søknadsdato |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn |  | |
| Fødselsnummer |  | |
| Adresse |  | |
| Postnummer/ stad |  | |
| Telefon |  | |
| Nasjonalitet/talespråk |  | Behov for tolk (ja/nei) |
| Fastlege |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Informasjon om næraste pårørande **jf pasient- og brukarrettslova §1-3 b:** | |
| Namn |  |
| Adresse |  |
| Postnummer/ stad |  |
| Telefon |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familiesituasjon (set kryss) | | | |
| Bur aleine | Bur med ektefelle | Bur med familie | Bur med andre |

|  |  |
| --- | --- |
| Brukar/pårørande gir samtykke til søknaden (set kryss) | |
| Ja | Nei |

|  |
| --- |
| Skildre det aktuelle problem (medisinske opplysningar, funksjonsstatus) |

|  |
| --- |
| Kva mål har du for perioden med Kvardagsrehabilitering? |

|  |  |
| --- | --- |
| For andre enn søkjar sjølv | |
| Søknad sendt av (namn, eventuelt stilling, tenestestad) |  |
| Telefon |  |