



Bamble kommune  
Helse og Omsorg  
Postboks 80  
3993 Langesund

Mottatt dato:  
Utfylt av:

## Henvisning til fysioterapi for voksne

Navn:	Tlf.- privat: Tlf.- arbeid Tlf.- mobil: Mail:
Personnummer (11 siffer):	Mail:
Adresse:	Sivil status:
Fastlege:	Tlf:
Er hjemmesykepleie koplet inn? Ja      Nei      Iblant      Sone: _____	
Annet fagpersonell:	

Pårørendes navn:	Tlf.- privat: Tlf.- arbeid Tlf.- mobil: Mail:
Ektefelle    Barn    Annet _____	

Problemstilling/diagnose:

Beskriv hvilke konsekvenser dette får i hverdagen:

Tidligere fysikalsk behandling:

Pasientens samtykke til igangsetting av behandling:

Underskrift

Henvist av:

Navn:	Adresse/tlf:	Yrkesgruppe:	Dato:
-------	--------------	--------------	-------