

Umsókn um þverfaglega endurhæfingu

Fyllist út af læknum eða öðrum starfsmönnum heilbrigðisstofnana og velferðarþjónustu



1. Nafn		2. Kennitala
3. Heimilisfang	4. Póstnúmer	5. Staður
6. Heimasími/ GSM / vinnusími	7. Netfang	

8. Aðstandandi	9. Sími
10. Sjúkdómsgreining	11. ICD

Upplýsingar um viðkomandi (sjúkrasaga/vandi umsækjanda, félagssaga, atvinnu- og námssaga, fyrri meðferð/endurhæfing)

Vinnufærni

Aðrir þættir

12. Markmið endurhæfingarinnar:

13. Fjölskylduaðstæður:

Fjöldi barna:

Gift/ur

Í sambúð

Í sambandi

Einstæð/ur

14. Menntun lokið:

- ☐ Grunnskóli
- ☐ Framhaldsskóli
- ☐ Háskóli
- ☐ Annað

15. Námsörðugleikar

- ☐ Lesblinda
- ☐ ADHD
- ☐ ADD
- ☐ Annað

16. Hreyfigeta

- ☐ Óhindruð
- ☐ Hjólastóll
- ☐ Hjálpartæki/þarfnast aðstoðar
- ☐ Annað

17. Vímuefnanotkun

Nei aldrei

Áður

Núverandi

18. Vímuefna meðferðir

Nei

Já, hvenær síðast?

Tilvísandi fagaðili og starfsheiti:

dagsetning:

Sími: