

**Tilvising til:**Ergoterapeut Fysioterapeut 

Namn:

Personnr.:

Adresse:

Tlf. nr:

Pårørande, namn

Tlf. nr:

**Diagnosar:****Problemstilling/tilvisinga gjeld:**

Brukar/pårørande er kjend med tilvisinga.

**Brukar sine kontaktpersonar og hjelpetiltak:**

Primær kontaktperson/stilling:

Primærlege:

Heimesjukepleie/heimehjelp:

Helsestasjon:

PPT:

Barnehage/skule:

Assistent:

Avlasting/støttekontakt:

Fysio-/ergoterapeut:

Andre:

**Andre opplysningar:**

Dato:

Tilvist av:

Stilling:

Tlf. nr:

**Adresse:**Fysio-/ergoterapeut  
Bømlo bu- og rehabiliteringssenter  
5430 Bremnes**Tlf. nr:**Fysioterapeut: 53 42 33 42  
53 42 33 43  
53 42 33 44  
53 42 33 45  
53 42 33 46  
Ergoterapeut: 53 42 33 47  
53 42 33 48**Mobiltlf.:**90 08 35 37  
  
  
  
  
90 82 29 91