



INNLAGNARBEIÐNI FRÁ LÆKNI

Viðtakandi		
Nafn umsækjanda		Kennitala
Heimilisfang		Sími
Sveitarfélag	Póstnúmer	Vinnusími
Aðstandandi		Sími

SJÚKDÓMSGREINING / HEILSUFARSVANDI:

Sjúkdómsgreining	ICD númer
Saga / skoðun	
Markmið endurhæfingar	
Rannsóknarniðurstöður sem skipta máli	
Sjúkrahúslega sem tengist núverandi vanda	

HREYFIGETA:	<input type="checkbox"/> Óhindruð	<input type="checkbox"/> Notar hjálpartæki / þarf aðstoð	<input type="checkbox"/> Hjólastóll	
SJÁLFSBJARGARGETA:	<input type="checkbox"/> Sjálfbjarga	<input type="checkbox"/> Þarf aðstoð	<input type="checkbox"/> Ekki sjálfbjarga	
VITSMUNALEG GETA:	<input type="checkbox"/> Óskert	<input type="checkbox"/> Nokkuð skert	<input type="checkbox"/> Mikið skert	<input type="checkbox"/> Veit ekki

Aðrir sjúkdómar / fatlanir

Lyf

ÚTGEFANDI BEIÐNI

Nafn	Læknisnúmer
Stofnun	Símanúmer
Heimilislæknir	Dagsetning