

Heilsugæslustöðin í Mjódd
Þönglabakka 6, 109 Reykjavík
Sími: 513-1300

Beiðni um iðjuþjálfun

Nafn: _____ kennitala: _____ dags: _____

Heimilisfang: _____ hs: _____ vs: _____

Nánasti aðstandandi: _____ hs: _____ vs: _____

Hver vísar til iðjuþjálfara: _____

Heimilislæknir: _____

Sjúkdómsgreining: _____

Ástæða tilvísunar: _____

Hvað er eða hefur verið gert í málinu til þessa? _____

Aðrar upplýsingar: _____

Hefur viðkomandi áður verið í tengslum við iðjuþjálfara?

Nei Já. Hvar og hvenær? _____

Hefur viðkomandi eða forráðamaður/aðstandandi samþykkt beiðni um iðjuþjálfun? _____

Ef um barn er að ræða skráið eftirfarandi:

Móðir: _____ hs: _____ vs: _____

Faðir: _____ hs: _____ vs: _____

Skóli / leikskóli: _____

Bekkur / deild _____ Kennari: _____

Hefur skólastjóri samþykkt beiðni um iðjuþjálfun? _____