

Tilvísun í þverfaglega endurhæfingu
hjá Janus endurhæfingu ehf.

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

8. Sjúkdómsgreining:		9. ICD 10
10. Nánar, þ.m.t niðurstöður greiningar og rannsókna sem máli skipta:		
11. Annað sem getur haft áhrif á vinnufærni:		
12. Markmið endurhæfingarinnar:	13. Hreyfigeta. <input type="checkbox"/> Óhindruð <input type="checkbox"/> Hjólastóll <input type="checkbox"/> Notar hjálpartæki/þarfnast aðstoðar <input type="checkbox"/> Annað:	
14. Framfærsla <input type="checkbox"/> Laun <input type="checkbox"/> Atvinnuleysisbætur <input type="checkbox"/> Endurhæfingarlífeyrir <input type="checkbox"/> Örorka <input type="checkbox"/> Annað	15. Réttur hjá sjúkrasjóði? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei	
16. Menntun <input type="checkbox"/> Grunnskóli <input type="checkbox"/> Menntaskóli <input type="checkbox"/> Háskóli <input type="checkbox"/> Annað	17. Námsörðugleikar <input type="checkbox"/> Lesblinda <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> ADD <input type="checkbox"/> Annað	
18. Útgefandi beiðnar:	19. Sími:	

14. Dagsetning:	15. Undirskrift:
-----------------	------------------

Að endurhæfingu lokinni skal Janus endurhæfing ehf. skila skriflegri skýrslu til tilvísandi aðila.