



INNLAGNARBEIÐNI FRÁ LÆKNI

Viðtakandi		
Nafn umsækjanda		Kennitala
Heimilisfang		Sími
Sveitarfélag	Póstnúmer	Netfang
Aðstandandi		Sími

Sjúkdómsgreining	ICD númer	Sjúkdómsgreining	ICD númer
Sjúkdómsgreining	ICD númer	Sjúkdómsgreining	ICD númer

Markmið endurhæfingar

Saga / skoðun / sjúkdómar

Lyf

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

Gott er að beiðni fylgi nánari upplýsingar sem máli skipta svo sem læknaþrættur, rannsóknarniðurstöður eða upplýsingar um fyrri sjúkráhusalegur.

Útgefandi beiðnar

Nafn	Læknisnúmer
Stofnun	Símanúmer
Heimilslæknir	Dagsetning