

# BEIÐNI UM ENDURHÆFINGU Á REYKJALUNDI



<b>Viðtakandi</b>		
Nafn umsækjanda		Kennitala
Heimilisfang		Sími
Netfang umsækjanda		
Sveitarfélag	Póstnúmer	Vinnusími
Aðstandandi		Sími
Heimilislæknir		Tengd(ur) VIRK <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

## SJÚKDÓMSGREINING / HEILSUFARSVANDI:

Sjúkdómsgreining	ICD númer
Saga / skoðun	
Hver er skerðing á færni/virkni umsækjanda	
<input type="checkbox"/> Vinnufær <input type="checkbox"/> Er í starfi <input type="checkbox"/> Óvinnufær frá mán/ár	
<input type="checkbox"/> Örorka <input type="checkbox"/> Endurhæfingarlífeyrir frá	
Hvert er markmið endurhæfingar	

Aðrir sjúkdómar / fatlanir	
LPS (BMI)	Vinsamlega látið síðustu rannsóknarniðurstöður fylgja beiðni (t.d. blóðsykur, blóðfitur, ferrítín, B12)
ÆSKILEGT MEÐFERÐARTEYMI:	
MEÐFERÐARSVIÐ I	<input type="checkbox"/> Taugateymi <input type="checkbox"/> Hjartateymi <input type="checkbox"/> Lungnateymi
MEÐFERÐARSVIÐ II	<input type="checkbox"/> Geðteymi <input type="checkbox"/> Gigtarteymi <input type="checkbox"/> Verkjateymi <input type="checkbox"/> Starfsendurhæfing <input type="checkbox"/> Offituteymi
EFTIRFYLGD HJÁ	
Heilsugæslulækni	<input type="checkbox"/>
Öðrum lækni (hverjum):	

Lyf
Reykir <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei

ÚTGEFANDI BEIÐNI	
Nafn	Læknisnúmer
Stofnun	Símanúmer
Netfang læknis	

UNDIRSKRIFT LÆKNIS	
Nafn	Dagsetning

**Beiðni sem er ófullkomin gæti verið endursend.**