



Skjåk kommune
Fysioterapi

YNSKJE OM VURDERING AV FYSIOTERAPEUT

Namn: **Personnr.:**

Adresse: **Tlf.:**

Sjukmeld: Nei Ja i % frå dato _____.____._____

Beskriv plagene du ynskjer hjelp til:

Årsak:

Kor lenge:

under 1veke under 1mnd 1-3mnd over 3 mnd over1 år

Konsekvensar for funksjon (arbeid/livskvalitet/kvardag/allmenntilstand):

Dato:

Underskrift: