

## Slik fyller du ut søknadsskjemaet

Les gjennom denne informasjonen før utfylling.

- Me tilrår at søknaden blir fylt ut i eit samarbeid mellom innsøkar og innsøkte. Om innsøkar er annan instans enn lege, må medisinske opplysningar/moment omkring forhold nemnt på side 3 og 4 svarast på av behandlande lege/fastlege, eventuelt i eige skriv som vedlegg til søknaden.
- Det er positivt dersom innsøkte sjølv ynskjer å legge ved eit eige brev som tillegg til søknaden der han/ho fortel litt om kvifor han/ho ynskjer å søkje om plass.
- AiR Klinikk har ikkje kompetanse til å hjelpe brukarar med tyngre psykiatriske problem eller rusproblematikk.
- Me bed om at skjemaet er så nøyaktig fylt ut som råd.

**Fylgjande inntakskriterie gjeld for rehabiliteringstilboda ved AiR Klinikk:**

- At opphaldet er eit tiltak utover det som det lokale hjelpeapparatet kan gje
- At brukaren er tilstrekkeleg medisinsk utgreidd

**Inntakskriteriar for tilbodet i arbeidsretta rehabilitering:**

- At opphaldet skal ta sikte på tilbakeføring til arbeidslivet
- At opphaldet er ein del av brukaren sin tiltaksplan, der yrkesaktivitet er det overordna målet

## Send søknaden til:

**Regional koordinerende enhet, v/ Sunnaas sykehus, Bjørnemyrveien 11, 1453 Bjørnemyr**

**Jmf. fritt rehabiliteringsval:**

Om innsøkar bur i ein annan helseregion enn Helse Sør-Øst, sendast søknaden til vurderingseininga i den regionen pasienten tilhøyrrer. Merk søknaden med «Rehabiliteringssenteret AiR Klinikk».

Henvisingsmottak i dei andre helseområda:

Helseområde	Adresse
Helse Vest	<b>Regional vurderingseining for rehabilitering</b> Øvre Nesttunvei 2, 5221 NESTTUN
Helse Midt	<b>Regionalt henvisningsmottak private rehabiliteringsinstitusjoner Midt-Norge (ReHr)</b> Sykehuset Levanger Postboks 333, 7601 LEVANGER
Helse Nord	<b>Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Nord-Norge (RVE Nord)</b> Rehabiliteringsklinikken UNN HF PB 1 9038 TROMSØ

Ynskjer du meir informasjon om AiR Klinikk, ta kontakt på tlf. 35 06 28 00, [post@air.no](mailto:post@air.no) eller sjå: [rehabilitering.no](http://rehabilitering.no)

## Søknadsskjema side 1

Vi tilrår at søknaden blir fylt ut i samarbeid mellom innsøkar og den som blir søkt inn.  
Det er positivt dersom innsøkte ynskjer å leggje ved eit eige brev til søknaden der han/ho fortel litt om kvifor han/ho ynskjer å søkje om plass.

Det søkast om (set berre eitt kryss):

- Arbeidsretta rehabilitering, 4 veker
- Rehabilitering for personar med diagnostisert kronisk CFS/ME med moderat utfall, 4 veker
- Kartlegging og vurderingsopphald 8 dagar

<b>Innsøkande instans:</b>	Adresse:
Tlf.:	

<b>Namn på innsøkte:</b>	Fødselsdato:
Adresse:	Tlf.:
Postnr.:      Stad:	Nav kontor:

<b>Har innsøkte ein arbeidsgjevar?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Arbeidsgjevar:
	Kontaktperson:
	Er arbeidsgjevar informert om søknad til AiR – Klinikk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Er arbeidsgjevar IA-bedrift? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Er det utarbeidd oppfølgingsplan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (Viss ja, er det ønskeleg at kopi av oppfølgingsplanen følgjer med søknaden.)

<b>Opplegg i regi Nav?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kontaktperson Nav:
	Er Nav informert om søknaden til AiR - Klinikk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei

## Søknadsskjema side 2

Stilling:		Stillingstorleik %:	
<b>Sjukemeldingsstatus:</b>			
Økonomisk stønadstype	Frå og med dato:	Til og med dato:	Grad %:
Tidlegare yrke/arbeidsforhold:			

<b>Namn på fastlege:</b>	
Adresse:	Tlf. (helst direkt.nr.):
<b>Namn på bedriftshelseteneste / HMS-teneste:</b>	
Adresse:	Tlf.:
<b>Andre</b> (spesialistar, fysioterapeut, kiropraktor, alternative behandlarar, attføringsbedrifter, arbeidslivssenter, sosialkontor)	Namn:
	Adresse:
	Tlf.:
	Namn:
	Adresse:
	Tlf.:
<b>Andre lokale aktørar som er inne i situasjonen og som følgjer opp no / framover:</b>	

## Søknadsskjema side 3

**Medisinske forhold:** (tidlegare sjukdommar, oppsummering av aktuelle medisinske problemstillingar med svar på eventuelle utreiingar)

**Medikament:**

**Diagnosar:**

**Rusmiddel:**

**Funksjon i daglegliv / arbeidsliv:**

## Søknadsskjema side 4

**Andre viktige forhold** av forhold av personleg, familiær, økonomisk, rettsleg, forsikringsmessig eller erstatningsmessig art, vurdering av uførhet m.m. Er dette forhold som kan vere til hinder for deltaking i ein aktiv rehabiliteringsprosess?

**Yrkesmessig plan / oppfølgingsplan etter opphaldet ved AiR - Klinik:**

**Namn på oppfølgingsansvarlig etter opphaldet ved AiR - Klinik:**

**Tlf.:**

**Forventingar / målsetting for eit opphald ved AiR - Klinik:**

Dato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift til den som er søkt inn

\_\_\_\_\_  
Underskrift til lege /  
innsøkande instans m/stempel