

Henvisningsskjema- seksjon voksenhabilitering

Endring siden forrige versjon

Nytt skjema - gjør deg kjent med innholdet

Vennligst fyll ut relevante felter så nøyaktig som mulig. Utfyllende opplysninger kan legges ved. Kontakt seksjon voksenhabilitering ved eventuelle uklarheter. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra den henvisningen angår eller verge der det er aktuelt. Skjemaet er unntatt offentlighet etter offentlighetsloven § 5 a

1. Personen som henvises			
Fødselsdato	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Mobiltelefon	Fasttelefon
Etternavn		Nasjonalitet	Behov for tolk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi språk:
Fornavn – alle mellomnavn		Kommune	
Adresse		Postnr./poststed	
2. Bolig, arbeid mv.			
Bor i: <input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/> Samlokalisert bolig <input type="checkbox"/> Hos foreldre/foresatte <input type="checkbox"/> Institusjon <input type="checkbox"/> Annet, beskriv:			
Antall timer per uke i: <input type="checkbox"/> Skole <input type="checkbox"/> Arbeid <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Annet, beskriv:			
3. Pårørende (fylles ut hvis relevant)			
Etternavn, fornavn		<input type="checkbox"/> Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Søsken <input type="checkbox"/> Annet, beskriv:	
Adresse, postnr./poststed		Telefon privat	Telefon jobb
Etternavn, fornavn		<input type="checkbox"/> Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Søsken <input type="checkbox"/> Annet, beskriv:	
Adresse, postnr./poststed		Telefon privat	Telefon jobb
4. Verge			
Verges navn		Verges telefon	
Verges adresse		Verges postnr./poststed	
5. Årsak til henvisning – problemstilling			

--

6. Tjenestebehov

Konkretisering av behov:

- Utredning/diagnostikk
 Tiltak/behandling
 Oppfølging (opplæring/veiledning)
 Bistand utforming/oppfølging av vedtak etter kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9
 Bistand fornyelse av vedtak etter kommunale helse – og omsorgstjenester, kapittel 9
 Annet, beskriv:

Spesifiser nærmere hva en ønsker at seksjon voksenhabilitering skal bidra med:

7. Tidligere utredninger

	ICD-10	Diagnose	Måned/ år		ICD-10	Diagnose	Måned/ år
1.				3.			
2.				4.			
Utredning – testing – spesialistundersøkelser – sykehusopphold				Utført av hvilken instans (legg ved ev. epikrise)			År

8. Sentrale instanser i saken

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Ansvarsgruppe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Individuell plan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Hvis ja, koordinators navn	Stilling	Adresse	Telefon
9. Henvisende instans - kommune			
Instans	Person/stilling		Telefon
Adresse		Stempel	
Sted	Dato	Underskrift	
10. Henvisende instans - fastlege			
Fastleges underskrift		Stempel	
Navn	Adresse		Telefon
<input type="checkbox"/> Oppdaterte helseopplysninger følger vedlagt			
<input type="checkbox"/> Oppdaterte helseopplysninger sendes som egen henvisning/notat			
Følgende er orientert om henvisningen: <input type="checkbox"/> Personen henvendelsen gjelder <input type="checkbox"/> Foreldre/foresatte <input type="checkbox"/> Verge			
Antall vedlegg:			

Referanser

-
-

Vedlegg

Slutt på []