

Henvisningsskjema til Voksenhabilitering

FYLLES UT AV HABILITERINGSTJENESTEN V

Saknummer

Henvisningsår					Løpenummer				

Henvist før?

Ja Nei

Mottatt dato

Dato				Ar			

Saksansvarlig

Vedtatt dato

Dato				Ar			

Postjournal nr.

Vennligst fyll ut relevante felter så nøyaktig som mulig. Utfyllende opplysninger kan legges ved. Kontakt habiliteringstjenesten ved eventuelle uklarheter. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra de henvisningen angår. **Skjemaet er unntatt offentlighet etter Offl §5.a.** (Voksenhab. - 1.10.2000)

Gjelder søknaden en klientsak: Ja Nei (hvis "Nei", fyll bare ut pkt. 4, 5 og aktuelle deler av pkt. 8)

1: PERSONEN SOM HENVISES

Fornavn	Kvinne <input type="checkbox"/>	Født dato	Personnummer
Etternavn	Mann <input type="checkbox"/>	Kommune	Distrikt
Adresse	Poststed	Telefon	
Nasjonalitet	Behov for tolk Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Evt hvilket språk	

2: BOLIG, ARBEID MV.

Bor i: Egen bolig Bofellesskap Hos foreldre/fores. Institusjon Annet

Antall timer pr uke i: Skole Arbeid Dagsenter Annet

3: OPPLYSNINGER OM PÅRØRENDE (FYLLES UT HVIS RELEVANT)

Navn	Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/>	Mor <input type="checkbox"/>
Adresse	Søsken <input type="checkbox"/>	Far <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon jobb	Annet:
Navn	Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/>	Mor <input type="checkbox"/>
Adresse	Søsken <input type="checkbox"/>	Far <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon jobb	Annet:

Hjelpeverge

Navn	Adresse	Telefon jobb	Telefon privat
------	---------	--------------	----------------

4: ÅRSÅK TIL HENVISNING - PROBLEMBESKRIVELSE

Beskriv aktuell problematikk og årsak til henvisning

5: TJENESTEBEHOVHvilke tjenester er det behov for: Utredning/diagnostikk Tiltak/behandling Kurs/undervisning Veiledning/konsultasjon Oppfølging Kap. 6A Annet

Spesifiser nærmere hva en ønsker habiliteringstjenesten skal bidra med

6: TIDLIGERE UTREDNINGER

ICD-10	Diagnose	Måned og år	ICD-10	Diagnose	Måned og år
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Utredning-Testing-Spesialistundersøkelser-Sykehusopphold	Utført av hvilken instans (legg evt. ved epikrise)	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7: SENTRALE INSTANSER I SAKEN

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er det opprettet ansvarsgruppe Ja Nei Koordinator for ansvarsgruppen:Navn Stilling Adresse Tlf. **8: HENVISENDE INSTANS**

Instans	Person/stilling	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	Plass for stempel	
Sted/dato <input type="text"/>	Underskrift <input type="text"/>	
Underskrift lege <input type="text"/>	Plass for stempel	

Primærlege (Fylles bare ut hvis henviser ikke er personens primærlege)

Navn Adresse Telefon Primærlege er orientert om henvisningen Ja Nei Følgende er orientert om henvisning: Personen henvendelsen gjelder Foreldre/foresatte Hjelpeverge Andre Antall vedlegg