

HENVISNINGSSKJEMA FOR GLENNE REGIONALE SENTER FOR AUTISME



Henvisningen sendes:

Sykehuset i Vestfold HF
Postboks 2168 Postterminalen
3103 TØNSBERG

Vennligst fyll ut relevante felter så nøyaktig som mulig. Utfyllende opplysninger kan legges ved. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra den henvisningen angår. Skjemaet er unntatt offentlighet etter Off.loven

Personen som henvises

Fornavn:	Jente:	<input type="checkbox"/>	Fødselsnummer (11siffer):
Etternavn:	Gutt:	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse:	Nasjonalitet:		Morsmål: Norsk <input type="checkbox"/> annet <input type="checkbox"/>
Postnr/sted:			Ved annet hvilket språk:
Kommune:	Behov for tolk:		
Telefon:	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

Familie- og omsorgssituasjon - Skal fylles ut hvis henvisningen gjelder barn (under 18 år)

Bosituasjon			Hvem har foreldreansvaret		
Hos begge foreldre	<input type="checkbox"/>	Mor:	<input type="checkbox"/>		
Hos en av foreldrene	<input type="checkbox"/>	Far:	<input type="checkbox"/>		
Fosterhjem	<input type="checkbox"/>	Begge:	<input type="checkbox"/>		
Annet:			Andre:		
Foreldre/foresatte 1			Foreldre/foresatte 2		
Navn:	Mor:	<input type="checkbox"/>	Navn:	Mor:	<input type="checkbox"/>
Adresse:	Far:	<input type="checkbox"/>	Adresse:	Far:	<input type="checkbox"/>
Postnr/sted:	Fostermor:	<input type="checkbox"/>	Postnr/sted:	Fostermor:	<input type="checkbox"/>
Telefon:	Fosterfar:	<input type="checkbox"/>	Telefon:	Fosterfar:	<input type="checkbox"/>

Årsak til henvisning: Beskriv aktuell problematikk

Tjenestebehov

Utredning/diagnostikk	<input type="checkbox"/>	
Tiltak/behandling	<input type="checkbox"/>	
Annet	<input type="checkbox"/>	Spesifiser:

Problemstillinger (ved flere problemstillinger, prioriter rekkefølgen)

1.

2.

3.

Tidligere utredninger

ICD-10	DIAGNOSE	MND/ÅR

Vedlegg i saken

Sentrale instanser i saken

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon

Har pasienten Individuell Plan Ja nei navn på koordinator.....**Pasientens fastlege**

Navn	Adresse	Underskrift

Henvisende instans

Navn	Stilling	Instans
Adresse	Dato	Underskrift og evt stempel