

Henvisingsskjema til barnehabilitering

FYLLES UT AV HABILITERINGSTJENESTEN

B

Saknummer

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Henvisningsår | | | | Løpenummer | | | |

Henvist før?

Ja Nei

Mottatt dato

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|----|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Dato | | | | År | | | |

Saksansvarlig

Vedtatt dato

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|----|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Dato | | | | År | | | |

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 Offvl §5.a.** (okt.2000)

Gjelder søknaden en klientsak: Ja Nei (hvis "Nei", fyll bare ut pkt. 3, 4 og aktuelle deler av pkt 7)

1: PERSONEN SOM HENVISES

| | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------|--------------|
| Fornavn | Jente <input type="checkbox"/> | Født dato | Personnummer |
| Etternavn | Gutt <input type="checkbox"/> | Kommune | Distrikt |
| Adresse | Poststed | Telefon | |

Nasjonalitet Behov for tolk Ja Nei Evt hvilket språk

2: FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON

Bosituasjon

Hos begge foreldrene Egen bolig
 Hos en av foreldrene Annet:
 Fosterhjem

Hvem har foreldreansvaret?

Mor Andre, hvem:
 Far
 Begge

Foreldre/foresatt (1)

| | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|
| Navn | Mor <input type="checkbox"/> | Fostermor <input type="checkbox"/> |
| Adresse | Far <input type="checkbox"/> | Fosterfar <input type="checkbox"/> |
| Poststed | Annet <input type="text"/> | |
| Telefon privat | Telefon jobb | |

Foreldre/foresatt (2)

| | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|
| Navn | Mor <input type="checkbox"/> | Fostermor <input type="checkbox"/> |
| Adresse | Far <input type="checkbox"/> | Fosterfar <input type="checkbox"/> |
| Poststed | Annet <input type="text"/> | |
| Telefon privat | Telefon jobb | |

Søsken

Navn og alder

3: ÅRSÅK TIL HENVISNING

Beskriv aktuell problematikk og årsak til henvisning

4: TJENESTEBEHOV

Hvilke tjenester er det behov for: Utrekning/diagnostikk Tiltak/behandling Kurs/undervisning

Veiledning/konsultasjon Oppfølging Kap. 6A Annet

Spesifiser nærmere hva en ønsker habiliteringstjenesten skal bidra med

5: 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"/> |

| Utrekning-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"/> |

6: 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.

7: HENVISENDE INSTANS

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

Plass for underskrift foreldre/foresatte

Antall vedlegg