

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

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

### Hjelpeverge

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

### 4: ÅRSÅK TIL HENVISNING - PROBLEMBESKRIVELSE

Beskriv aktuell problematikk og årsak til henvisning

**5: TJENESTEBEHOV**Hvilke 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