

Henvisningsgrunn

Symptombeskrivelse/beskrivelse av problemstilling

Beskriv aktuelle funn og resultater fra medisinske undersøkelser (kliniske funn, tester og undersøkelser, legemidler i bruk etc.)

Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 (hol. kap.9)

Er det aktuelt med arbeid tilknyttet helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9?

Ja Nei

Hvis ja, er overordnet faglig ansvarlig kjent med at det er sendt henvisning?

Ja Nei

Instanser barnet/ungdommen har kontakt med

| Instans | Kontaktperson | Adresse | Telefon |
|--|--|-------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Er det opprettet ansvarsgruppe? | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> | Er det utarbeidet individuell plan? | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Koordinators navn | | | Telefon |
| Instans og adresse | | | |
| Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |

Henvisende lege

Medhenviser

(hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakten med habiliteringstjenesten)

| | | | |
|---------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| Legens navn og legesenter | | Instans og kontaktperson | |
| Adresse | Telefon | Adresse | Telefon |
| Dato | Underskrift | Dato | Underskrift |

Vedlagte relevante rapporter/utredning (sett x)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Legeundersøkelser | <input type="checkbox"/> PPT | <input type="checkbox"/> Avlastning/støttekontakt/BPA |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Foreldreveiledning | <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppemøter/tverrfaglige møter |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ergoterapeut | <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten | <input type="checkbox"/> Individuell plan |
| <input type="checkbox"/> Barnehage/skole | <input type="checkbox"/> BUP | <input type="checkbox"/> Andre |

Antall vedlegg