

Henvisning til habiliteringstjenesten for voksne

Det er lege eller psykologspesialist innen primær- eller spesialisthelsetjenesten som skal henvise til habiliteringstjenesten. Dette skjemaet kan brukes for å henvise. Det kan også brukes til å sende inn supplerende informasjon fra medhenviser, der lege eller psykologspesialist har sendt elektronisk henvisning.

Som hovedregel skal det gjøres en tverrfaglig vurdering i kommunen før henvisning.

Informasjon fra denne vurderingen skal følge henvisningen.

Informasjonen det blir bedt om i skjemaet er nødvendig for effektiv planlegging av utredning og oppfølging.

Henvisning sendes til:

Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet Sanderud, Peter Skredders veg 34, 2312 Ottestad

Person som henvises

Fornavn	Fødselsnummer 11 siffer
Etternavn	Telefonnummer
Gate	Kommune
Poststed	Nasjonalitet

Nærmeste pårørende

Fornavn
Etternavn
Gate
Poststed

Søsken/halvsøsken/boform

Har pasienten søsken? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Egne barn? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Navn og fødselsår	
<input type="checkbox"/> Pasienten bor hos foresatte/pårørende	<input type="checkbox"/> Pasienten bor i kommunalt bofellesskap
	<input type="checkbox"/> Pasienten bor i privat bolig

Aktuelle diagnoser/utredninger fra tidligere (legg ved rapporter)

ICD10	Utredet når tid, hvor og av hvem

Henvisningsgrunn

Ssymptombeskrivelse/beskrivelse av problemstilling

Hva er ønsket at Habiliteringstjenesten skal bidra med?

Tjenester

Hvilke tjenester har pasienten?	Faglig ansvarlig person	Telefon
Praktisk bistand og opplæring		
Skole/voksenopplæring		
Arbeid		
Avlastning		
Støttekontakt		
Fysioterapi		
Ergoterapi		
Psykiatrisk oppfølging		
Annet		
Er det opprettet ansvargruppe	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	IP Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Koordinator, kontaktperson	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Navn og epost:		

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

Er det aktuelt med bruk av kapittel 9 i Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Er faglig ansvarlig informert?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Er verge oppnevnt?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Henvisende lege/psykologspesialist		Medhenviser (hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakten med habiliteringstjenesten)	
Legens/psykologspesialistens navn og legekantor/tilholdssted		Instans og kontaktperson	
Adresse	Telefon	Adresse	Telefon
Dato	Underskrift	Dato	Underskrift