

HENVISNING TIL HABILITERINGSAVDELINGA FOR VAKSNE			
Etternavn			Personnr.
Fornavn			Telefonnr.
Adresse		Postnr.	Poststed
Kommune/bydel			Nasjonalitet
OPPLYSNINGER OM BOLIG, ARBEID mv.			
Bolig:	Egen bolig <input type="checkbox"/>	Hos foreldre/foresatte <input type="checkbox"/>	Bofellesskap <input type="checkbox"/> Institusjon <input type="checkbox"/>
Arbeid/dagtilbud:	Skole <input type="checkbox"/>	Arbeid <input type="checkbox"/>	Dagsenter <input type="checkbox"/> Hvor?
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"/>

KJENTE DIAGNOSER		
Diagnose	Evt. stilt av hvem?	Årstall

RELEVANTE UTREDNINGER (for eksempel epikriser, nevropsykologisk eller pedagogisk)	
Legg ved kopi av relevante utredninger dersom du har dem tilgjengelig	Vedlagt
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

AKTUELL PROBLEMSTILLING

Spesifiser nærmere hva Habiliteringsavdelinga for voksne skal bidra med

1.	
2.	
3.	

Hvem skal Habiliteringsavdelinga samarbeide med i forhold til denne aktuelle henvisingen?

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon

Fastlege sitt navn (dersom denne ikke er henviser):

### SAMTYKKE

Hvem samtykker til henvising til Habiliteringstjenesten for voksne?

Pasient

Andre som samtykker på vegne av pasienten

Navn:

Relasjon:

Evt. supplerende informasjon om samtykke, timeavtale mv.

--

### BEHOV FOR TOLK

Behov for tolk

Språk

### HENVISENDE LEGE

Underskrift og dato:

Evt. plass til stempel

Navn

Telefon

Adresse

Poststed

Postnr.