

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: Utreddning/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"/>

Utreddning-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 <input type="text"/>
Sted/dato <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Underskrift lege <input type="text"/>		Plass for stempel <input type="text"/>

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