|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Henvisningsskjema HAVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sykehuset Telemark  Avdeling for habilitering  Seksjon habilitering for voksne (HAVO)  Postboks 2900 Kjørbekk, 3710 Skien  Tlf: 35005380 | | | | | | | | | | | | | | | Mottatt dato: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fyll ut relevante felt så nøye som mulig Utfyllende opplysninger kan legges ved. Kontakt Seksjon habilitering for voksne (HAVO) ved eventuelle uklarheter. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra de henvisningen angår.  Skjemaet er unntatt offentligheten etter Offl § 5A | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) personen som henvises | | | | | | | | | | | | | | |
| Fornavn | | | | |  | | | | | | | | | | Fødselsnr: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Etternavn | | | | |  | | | | | | | | | | Kommune: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | |  | | | | | | | | | | Poststed | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nasjonalitet | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behov for tolk | | | | |  | | | | | | | | | |
| Hvilket språk | | | | |  | | | | | | | | | |
| Tlf | | | | |  | | | | | | | | | | **Tlf personalbase** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 2)Verge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn | |  | | | | | | | **Adresse** | |  | | | | | | | | | | | | | **Tlf** | | | |  | | | | | | | |
| 3) Årsak til henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (beskrivelse av tilstand/problem) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4)Bistandsbehov | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hva søkes det hjelp til: | | | | | | | | Utredning/ diagnostikk | | | | |  | | | | Tiltak/ behandling | | | | | | |  | | | Kurs/  undervisning | | | | | | | |  |
| Veiledning/konsultasjon | | | | | | |  | | Kap.9 KHOL | | | | | | | | | |  | | annet | | | | |  | | | | | | | | | |
| Spesifisér nærmere hva en ønsker Seksjon habilitering for voksne (HAVO) skal bidra med | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5) Aktuelle diagnoser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6) Tidligere utredninger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utredning-testing-spesial u.s.-sykehusopphold | | | | | | | | | | | | | | | | | | **instans** | | | | | | | | | | | | **år** | | | **vedlegg** | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 7) Individuell plan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Har IP | | | |  | | | | | **Har ikke IP** | | | | |  | | | | | | | **IP under arbeid** | | | | | | | | | |  | | | | |
| 8) Sentrale instanser i saken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instans | | | | | | **kontaktperson** | | | | | | | | **Adr.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **lf** | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 9) Ansvarsgruppe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er det opprettet ansvarsgruppe | | | | | | | | | | | | ja | | | |  | | | | nei | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Koordinator | | | **Navn** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Stilling** | | | | | | | | | | | | **Tlf** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 10) Henvisende lege | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instans | | | | | | | | | | **Person/stilling** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Tlf/stempel** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Overordnet faglig ansvarlig v/ henvisning kap 9 KHOL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 11) Samtykke til henvisning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Følgende har samtykket til henvisning: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Personen selv** | | | | | | | | |  | |
| **Verge** | | | | | | | | |  | |