|  |
| --- |
| Henvisningsskjema HAVO |
| Sykehuset TelemarkAvdeling for habiliteringSeksjon habilitering for voksne (HAVO)Postboks 2900 Kjørbekk, 3710 SkienTlf: 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** | **[ ]**  |