

PSYKISK HELSEVERN

**PERSON SOM HENVISES**

Fornavn:	Kvinne      Mann	Fødselsnummer:
Etternavn:	Kommune:	
Adresse:	Postnummer og poststed:	Telefon:
Nasjonalitet:	Behov for tolk? Ja      Nei	Hvis ja, hvilket språk:

**DIAGNOSE(R)**

ICD-10 Diagnose	Årstall
1.	
2.	
3.	
4.	

**HELSE**

Er det gjennomført helsekontroll hos fastlege?	Ja      Nei	Anbefalinger for årlige helsekontroller hos fastlegen av voksne og eldre personer med utviklingshemming. <a href="https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/helsesjekk-ved-utviklingshemming/">https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/helsesjekk-ved-utviklingshemming/</a>  Helsesjekk ved utviklingshemming- for fastleger (sjekklister for årlige helsekontroller av voksne og eldre personer med utviklingshemming) <a href="https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Sjekkliste_ved_arlig_helsekontroll_2014.pdf">https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Sjekkliste_ved_arlig_helsekontroll_2014.pdf</a>
Legemidler (vennligst legg ved oppdatert medisinliste)		

**PÅRØRENDE / VERGE**

Pasientens nærmeste pårørende:	Har pasienten verge? Ja            Nei
Slektskap:	Navn:
Navn:	Adresse:
Adresse:	Telefon:
Telefon:	

Har pasienten egne barn?

Har pasienten ansvar for egne barn?

**SENTRALE INSTANSER**

Instans:	Instans:	Instans:
Kontaktperson:	Kontaktperson:	Kontaktperson:
Telefon:	Telefon:	Telefon:

**HENVISER**

Navn på henviser:
Henvissende instans:
Adresse:
Dato og underskrift

**SAMTYKKE TIL HENVISNING**

<b>Pasient</b>	<b>Pårørende</b>	<b>Verge</b>
Navn:	Navn:	Navn:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Dato og underskrift	Dato og underskrift	Dato og underskrift

## BAKGRUNN FOR HENVISNING