

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. https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/helsesjekk-ved-utviklingshemming/ Helsesjekk ved utviklingshemming- for fastleger (sjekklister for årlige helsekontroller av voksne og eldre personer med utviklingshemming) https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Sjekkliste_ved_arlig_helsekontroll_2014.pdf
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

Pasient	Pårørende	Verge
Navn:	Navn:	Navn:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Dato og underskrift	Dato og underskrift	Dato og underskrift

BAKGRUNN FOR HENVISNING