



HENVISNINGSSKJEMA – TJENESTER FRA RUS OG PSYKISK HELSETJENESTE, BARN

Revidert: 19/3-18

Pasienten selv kan ikke henvise. Unntaket er for rusavhengige, og deres pårørende.

Navn: _____ **Fødselsnummer:** _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fastlege: _____

Nasjonalitet: _____ Behov for tolk (språk): _____

Skole: _____

Hvem bor barnet hos: Begge Mor Far Evt. andre _____

Nærmeste pårørende: _____

Telefon: _____ Adresse: _____

Søsken(alder): _____

Bakgrunn for henvisning; Rusavhengighet/psykisk lidelse evt. diagnose/utløsende faktor/funksjonsfall/symptomtrykk/motivasjon/dagens situasjon:

Suicidalfare (skal undersøkes): _____

Fysiske helseproblemer/somatiske lidelser: _____

Kognitivt nivå: _____

Medisiner: _____

Nettverk: _____

Økonomi: _____

Tidligere tiltak/andre instanser: Helsesøster PPT BUP Bvtj. Sos.lærer Annet

Er barnet selv informert om hvorfor det henvises: _____

Foreldrenes samtykke sign: _____

Henvist av: _____ Arbeidssted: _____ Dato: _____

Dersom tjenesten skal kunne foreta en faglig god vurdering, må informasjonen være tilstrekkelig.

Henvisningen sendes til: Nannestad kommune, Rus- og psykisk helsetjeneste, Teiealleen 31, 2030 Nannestad.

Unntak fra offentligheten (etter lov om offentlighet § 5a, unntak fra opplysninger under taushetsplikt).

Den som henvises skal være kjent med at henvisningen skjer.

Fylles ut av Rus- og psykisk helsetjeneste:

Primær kontakt: _____ **Dato:** _____

Venteliste: _____ **Kontaktet(dato):** _____