

HENVISNINGSSKJEMA/ FORESPØRSEL OM TJENESTER FRA MOBILT INNSATSTEAM

Postadresse: Postboks 273, 4302 SANDNES

Besøksadresse: Holbergs gate 16, 4306 SANDNES

Tlf.: 51 51 41 41

Mobilt innsatsteam (MIT) er en enhet i Klinikk psykisk helsevern voksne. MIT driver et ambulant, poliklinisk behandlingstilbud for personer med psykisk utviklingshemming og autismspekterforstyrrelser med utfordrende atferd og psykisk lidelse. Tilbudet gjelder for personer over 18 år som er bosatt i Sør-Rogaland.

MIT gir bistand til de kommunene som hører inn under Helse Stavanger: Bjerkreim, Eigersund, Finnøy, Forsand, Gjesdal, Hjelmeland, Hå, Klepp, Kvitsøy, Lund, Randaberg, Rennesøy, Sandnes, Sokndal, Sola, Stavanger, Strand og Time.

ORIENTERING TIL HENVISER

- Dette henvisningsskjemaet sendes til:
Mobilt innsatsteam, Postboks 273, 4302 SANDNES.
- Henvisningsskjemaet skal alltid fylles ut ved forespørsel om tjenester fra MIT.
- Vi forutsetter at ulike fagpersoner som arbeider med den personen som henvises konfererer med hverandre om henvisningen. Henvisningen skal underskrives av lege.
- Det er viktig at henvisende lege sender oppdatert medisinliste, samt redegjør for somatiske forhold i henvisning.
- Henviser har ansvar for at alle opplysninger legges ved henvisningen. Det forutsettes at gyldig samtykke er innhentet, både samtykke til at det søkes om bistand fra MIT, og at MIT kan innhente nødvendige opplysninger fra andre instanser der det er nødvendig.
- Henvisningen skal ha en klar og konsis beskrivelse av ønsket tjeneste. Den skal gi opplysninger om tiltak som er iverksatt og hvilke instanser som har vært og som er involvert.
- Eventuelle utfyllende opplysninger til henvisningsskjemaet legges ved.
- Hvis en person henvises til MIT flere ganger, skal hver henvisning inneholde alle nødvendige opplysninger. Det er ikke tilfredsstillende å henvise til tidligere forespørsel om tjenester.
- Henvisninger behandles i inntaksmøte, og henvisende instans/pasient vil etter inntaksmøtet motta svar på søknad.
- Ta gjerne kontakt med Mobilt innsatsteam dersom noe skulle være uklart.

Henvisningsskjema til Mobilt innsatsteam		Mottatt dato:	
		Henvist tidligere:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
1. Klientopplysning			
Fornavn:		Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/>	
Etternavn:		Fødselsnr.:	
Adresse:		Telefon privat:	
Postadresse:		Mobiltelefon:	
Kommune:			
Diagnose:			
Medisiner: (Type og dose)			

2. Bo- og omsorgssituasjon			
Egen bolig: <input type="checkbox"/>	Bofellesskap: <input type="checkbox"/>	Hos foreldre: <input type="checkbox"/>	Institusjon: <input type="checkbox"/>
Utfyllende opplysninger:			

3. Opplysninger om pårørende (fylles ut hvis aktuelt)			
Navn:		Relasjon:	
Adresse:		Ektefelle/samboer: <input type="checkbox"/> Mor: <input type="checkbox"/>	
Postadresse:		Søsken: <input type="checkbox"/> Far: <input type="checkbox"/>	
Tlf. priv.:		Tlf. jobb:	
		Annet:	
Navn:		Relasjon:	
Adresse:		Ektefelle/samboer: <input type="checkbox"/> Mor: <input type="checkbox"/>	
Postadresse:		Søsken: <input type="checkbox"/> Far: <input type="checkbox"/>	
Tlf. priv.:		Tlf. jobb:	
		Annet:	

4. Verge (fylles ut hvis vedkommende har verge)			
Navn:			
Adresse:			
Postadresse:			
Tlf. priv.:		Tlf. jobb:	
Utfyllende opplysninger:			

5. Bemanning		
Ingen:	Timer, antall pr. uke:	Heldøgn:
Utfyllende opplysninger:		

6. Beskjeftigelse		Timer pr. uke
Skole:		
Ordinært arbeid:		
Vernet bedrift:		
Dagsenter:		
Annet:		

7. Problembeskrivelse

Beskriv så konkret som mulig klientens problemer:

8. Henvisningsgrunnlag

Hvilke tjenester er det behov for?

Utredning/diagnostikk:

Kurs/undervisning:

Tiltak/behandling:

Annet:

Veiledning/konsultasjon:

Beskriv så konkret som mulig hva dere ønsker at MIT skal bidra med (prioriter rekkefølge):

9. Tidligere utredningstiltak (legg ved epikrise/rapporter og lignende)

Diagnoser (hvis kjent)

Vurd./testing av fagfolk i kommunen	År	Vedlegg	Andre spesialistundersøkelser	År	Vedlegg

Hvilke tiltak er forsøkt tidligere?

10. Andre instanser

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon

Er det opprettet ansvarsgruppe? Ja Nei (Hvis ja, oppgi koordinator på neste linje)

Koordinator:

11. Samtykke til henvisningen

Jeg samtykker i at det søkes om tjenester fra Mobilt innsatsteam ved Helse Stavanger HF, Klinikk psykisk helsevern voksne, og at Mobilt innsatsteam får de nødvendige opplysninger fra ulike instanser for å kunne hjelpe meg. Evt. forbehold:

Sted	Dato	Underskrift pasient/verge

12. Henviser (Må være lege)

Instans/etat	Adresse	
Fornavn/Etternavn	Telefon	
Sted	Dato	Underskrift