# Henvisningsskjema til Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) Stavanger

|  |
| --- |
| **Personalia til den som henvises** |
| Navn: | Fødselsnummer:  |
| Adresse:  | Nasjonalitet: |
| Postnr: | Kommune: |
| Epost:  | Telefon: |
| Er det behov for *tolk?*  | Hvis ja, hvilket språk:  |
| **Diagnose(r)** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Helse** |  |
| Er det gjennomført helsekontroll hos fastlege | JANEI |
| Legemidler (vennligst legg ved oppdatert medisinliste) |
| **Tidligere utredninger som er relevant for henvisningen** |
| Legg ved kopi av rapporter, epikriser, prøvesvar etc.  | År | Vedlegg nr |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Bo – og omsorgssituasjon** |
| Egen bolig | Bofellesskap | Hos foreldre | Annet |
| Utfyllende opplysninger:  |
| **Bemanning** |
| Ingen: | Timer: antall i uken:  | Heldøgn: |
| Utfyllende opplysninger: |
| **Pårørende (navn, adresse, telefon, epost)** |
|  |
| **Verge (Navn, adresse, telefon, epost)** |
|  |
| **Kontaktperson i bolig/kommunen (Navn, adresse, telefon, epost)** |
|  |
| **Symptombeskrivelse/beskrivelse av problemstilling** (**utfyllende opplysninger kan gis som vedlegg)** * Ved atferdsvansker ønskes beskrivelse av atferd, dens forekomst og hyppighet, hva kommunen/andre har gjort av systematisk kartlegging og miljøtilrettelegging for å møte aktuell problematikk
 |
|  |
| **Henvisningsgrunnlag:** Hva er ønsket at Habiliteringstjenesten skal bidra med? |
| Utredning/diagnostikk:Undervisning/kurs:Tiltak og behandling:Veiledning og konsultasjon: Vennligst spesifiser hva man ønsker Habiliteringstjenesten skal arbeide med:  |
| **Helse – og omsorgstjenesteloven kap. 9 (HOL kap. 9)** |
| Er det aktuelt med bruk av kapittel 9 i Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester? |
| Er verge oppnevnt for kap. 9? |
| Er faglig ansvarlig i kommunen informert?  |
| Navn på faglig ansvarlig i kommunen: |
| **Nåværende tilbud** | **Instans** | **Kontakt person** | **telefonnummer** | **Timer pr. uke** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Orientert om henvisning** | **JA** | **NEI** |
| Er pasienten orientert om henvisningen? |  |  |
| Er pårørende eller verge orientert om henvisningen? |  |  |
| Har pasienten samtykket til henvisningen? |  |  |

Skjemaet er unntatt offentlighet jf. Offl. § 5