# 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 | | | | | | JA  NEI | | | | | | |
| 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