

# HENVISNING TIL HABILITERINGSAVDELINGEN

FOR UNGDOM/VOKSNE (15ÅR →)

# HENVISNING TIL HABILITERINGSAVDELINGEN

Habiliteringsavdelingen yter spesialisthelsetjenester til mennesker med medfødte og/eller tidlig ervervede sammensatte funksjonshemninger.

Der det ønskes tjenester fra habiliteringsavdelingen skal dette henvisningsskjema brukes.

Følgende retningslinjer gjelder for henvisningene:

1. Bruker eller pårørende skal informeres og samtykke til at det henvises hit.
2. Bruker/pårørende bes om å signere samtykkeerklæringen slik at vi kan innhente opplysninger utover det som følger med henvisningen når det er aktuelt.
3. Før det henvises, skal kommunene selv ha prøvd å løse de problemer de står overfor. Der det er opprettet ansvarsgruppe bør en evt. henvisning hit, drøftes der.
4. I de fleste tilfeller bør det foreligge en tverrfaglig utredning i kommunen forut for henvisning hit. En slik grunnutredning kan være evnetest, pedagogisk utredning, medisinsk eller motorisk utredning.
5. Opplysninger om tidligere sykehusopphold, utredninger og undersøkelser (pkt.5) må fylles ut så langt det er kjent.
6. Tilgjengelige rapporter fra tidligere utredninger må følge henvisningen. Mangelfulle opplysninger ved henvisning vil forsinke saksgangen hos oss, og i noen tilfeller resultere i at henvisningen blir returnert.
7. Alle henvisninger (klientsaker) skal foretas av lege selv om det er en annen instans som primært har meldt behovet.

Etter at henvisningen er behandlet hos oss sendes skriftlig vedtak til henvisende lege, den som har meldt behov for henvisning (se pkt. 7) og bruker/pårørende.

## Samtykkeerklæring

Jeg/vi gir samtykke til at det henvises til habiliteringsavdelingen, og til at det kan innhentes opplysninger fra relevante oppgitte personer/instanser som dere har vært i kontakt med: (lege, øvrige sykehus, fysioterapeut, PP-tjeneste o.l.)

Sted.....

Dato.....År.....

.....  
underskrift

.....  
underskrift (ved behov)  
(pårørende/hjelpeverge/verge)

**Til deg som fyller ut skjemaet**

Vennligst fyll ut relevante felter så nøyaktig som mulig. Utfyllende opplysninger kan legges ved. Kontakt Habiliteringsavdelingen ved eventuelle uklarheter. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra de henvisningen angår. Skjemaet er unntatt offentlighet etter offvl § 5a (okt. 2000)

**1. PERSONEN SOM HENVISES**

Fornavn	Kvinne <input type="checkbox"/>	Født dato	Personnummer		
Etternavn	Mann <input type="checkbox"/>	Kommune	Distrikt		
Adresse	Poststed	Telefon			
Nasjonalitet	<input type="text"/>	Behov for tolk	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Evt hvilket språk	<input type="text"/>

**2. OMSORGSSITUASJON OG AKTIVITETSTILBUD**

Bosituasjon	Aktivitetstilbud (timer per uke)	
Hos begge foreldrene <input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/>	Skole <input type="text"/>	Annet <input type="text"/>
Hos en av foreldrene <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>	Arbeid <input type="text"/>	
Bofellesskap <input type="checkbox"/>	Dagsenter <input type="text"/>	

**Pårørende (1)**

Navn	Ektefelle/sambo <input type="checkbox"/>	Mor/fostermor <input type="checkbox"/>	
Adresse	Poststed	Søsken <input type="checkbox"/>	Far/fosterfar <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon jobb	Annet <input type="text"/>	

**Pårørende (2)**

Navn	Ektefelle/sambo <input type="checkbox"/>	Mor/fostermor <input type="checkbox"/>	
Adresse	Poststed	Søsken <input type="checkbox"/>	Far/fosterfar <input type="checkbox"/>
Telefon privat	Telefon jobb	Annet <input type="text"/>	

**Hjelpeverge/verge**

Navn, adresse og telefon
<input type="text"/>

**3. ÅRSÅK TIL HENVISNING**

Beskriv aktuell problematikk og årsak til henvisning

<input type="text"/>
----------------------

#### 4. TJENESTEBEHOV

Hvilke tjenester er det behov for

Utredning/diagnostikk

Tiltak/behandling

Kurs/undervisning

Veiledning/konsultasjon

Sosialtj.loven kap 4A

Annet

Spesifiser nærmere hva en ønsker habiliteringsavdelingen skal bidra med

#### 5. TIDLIGERE UTREDNINGER

ICD 10	Diagnose	Måned og år	ICD 10	Diagnose	Måned og år
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Utredning-Testing-Spesialistundersøkelser-Sykehusopphold	Utført av hvilken instans (legg evt. ved epikrise)	Ar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 6. SENTRALE INSTANSER I SAKEN

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er det opprettet ansvarsgruppe

Ja  Nei

Koordinator for ansvarsgruppen:

Navn

Stilling

Adresse

Tlf.

Er det utarbeidet individuell plan

Ja  Nei

#### 7. HENVISENDE LEGE

Navn:	Tlf:	Plass for stempel
Adresse:		
Sted/dato:	Underskrift:	
OBS: Instans/person som evt har meldt behov for henvisning		Plass for stempel
Instans:		
Navn / kontaktperson:		
Adresse:		Tlf:

Fastlege (Fylles bare ut hvis henvisende lege ikke er personens fastlege)

Navn:

Adresse:

Tlf:

Fastlege er orientert om henvisningen Ja  Nei

Personen som henvises er orientert Ja  Nei

Antall vedlegg: