

Henvisning til habiliteringstjenesten for barn og unge

Det er lege som kan henvise til habilitering for barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Skjemaet kan brukes for å henvise, eller for å sende inn supplerende informasjon der lege har sendt elektronisk henvisning.

Som hovedregel skal det gjøres en tverrfaglig vurdering i kommunen før henvisning. Informasjon fra denne vurderingen skal følge henvisningen.

Informasjonen det blir bedt om i skjemaet er nødvendig for effektiv planlegging av utredning og oppfølging.

Henvisning til habilitering for barn og unge sendes det enkelte helseforetak (sykehus)/behandlingssted.



Barn/ungdom som henvises

Fornavn	Fødselsnummer (11siffer)	Jente
Etternavn	Telefonnummer	Gutt
Adresse	Kommune	
Poststed	Ved behov for tolk, hvilket språk/dialekt	

Foreldre/foresatte 1

Fornavn	Relasjon	Født dato
Etternavn	Mor Far	Tlf privat
Adresse	Annen relasjon	Tlf jobb
Poststed	Ved behov for tolk, hvilket språk/dialekt	

Foreldre/foresatte 2

Fornavn	Relasjon	Født dato
Etternavn	Mor Far	Tlf privat
Adresse	Annen relasjon	Tlf jobb
Poststed	Ved behov for tolk, hvilket språk/dialekt	

Omsorgssituasjon

Sett kryss for omsorgssituasjon	Sett kryss for hvem som har foreldreansvar
Bor sammen med begge foreldre/foresatte	Foreldre/foresatte 1 og 2 sammen
Pendler mellom foreldre/foresatte 1 og 2	Foreldre/foresatte 1
Bor hos en av foreldre/foresatte	Foreldre/foresatte 2
Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet en nevnt ovenfor	Hvis andre, beskriv

Søsken/halvsøsken/andre i familiens omsorg

Har barnet søsken?	Navn og alder på barna
Ja	
Nei	
Vet ikke	

Aktuelle diagnoser/utredninger fra tidligere (legg ved rapporter)

ICD10	Utredet når tid, hvor og av hvem

HENVISNINGSGRUNN

Årsak til henvisningen (beskriv aktuelle problemstillinger og eventuelle igangsatte tiltak som er relevante for henvisningen)

Beskriv aktuelle funn og resultater fra medisinske undersøkelser (kliniske funn, tester og undersøkelser, legemidler i bruk etc.)

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN KAP. 9 (hol. kap.9)

Er det aktuelt med arbeid tilknyttet helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9?

Ja

Nei

Hvis ja, er overordnet faglig ansvarlig kjent med at det er sendt henvisning?

Ja

Nei

INSTANSER BARNET/UNGDOMMEN HAR KONTAKT MED

Instans	Kontaktperson	Postadresse	Telefon		
Er det opprettet ansvarsgruppe?	Ja	Nei	Er det utarbeidet individuell plan?	Ja	Nei
Koordinators navn		Koordinators navn			
Adresse		Telefon	Adresse		Telefon
Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen?		Foreldre/foresatte 1	Ja	Nei	
		Foreldre/foresatte 2	Ja	Nei	
Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen?		Ja	Nei		

HENVISENDE LEGE

MEDHENVISER

(hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakten med habiliteringstjenesten)

Legens navn og legesenter		Instans og kontaktperson	
Adresse	Telefon	Adresse	Telefon
Dato	Underskrift	Dato	Underskrift

Vedlagte relevante rapporter/utredning (sett X)

Legeundersøkelser	PPT	Avlastning/støttekontakt/BPA	
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	Foreldreveiledning	Ansvarsgruppemøter/tverrfaglige møter	
Fysioterapeut/ergoterapeut	Barnevernstjenesten	Individuell plan	
Barnehage/skole	BUP	Andre	
		Antall vedlegg	