

5: HVA ETTERSØRRES FRA HABILITERINGSTJENESTEN

Veiledning/konsultasjon til:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tjenestemottakeren | <input type="checkbox"/> Utredning | <input type="checkbox"/> Medisinsk diagnostikk |
| <input type="checkbox"/> Pårørende/foresatte | <input type="checkbox"/> Tiltak/behandling | <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling |
| <input type="checkbox"/> Verge/hjelpeverge | <input type="checkbox"/> Bistand til vedtak om bruk av tvang og makt, jf sos.tj.lovens kapittel 4A | <input type="checkbox"/> Annet |
| <input type="checkbox"/> Hjelpeapparatet | <input type="checkbox"/> Kurs/undervisning | |

Utdypning av hva som ettersørres og eventuelle prioriteringer

6: INDIVIDUELL PLAN

Finnes Individuell plan?

Ja

Nei

7: TIDLIGERE UTREDNINGER

ICD-10	Diagnose	Måned og årstall	ICD-10	Diagnose	Måned og årstall
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	Utført av hvilken instans	År
<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"/>

8: 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"/>

Evt. koordinator for
ansvarsgruppe:

Navn

Adresse

Telefon

9: HVEM SOM HENVISER

10: SAMTYKKE TIL HENVISNING

Lege	Navn	Tlf
	Adresse	
	Dato og Underskrift	

Klienten	Navn	Tlf
	Adresse	
	Dato og Underskrift	

Tjenesteansvarlig	Instans/etat	
	Stilling	
	Navn	Tlf
	Adresse	
	Dato og Underskrift	

Hjelpeverge Verge	Navn	Tlf
	Adresse	
	Dato og Underskrift	

Pårørende	Navn	Tlf
	Adresse	
	Dato og Underskrift	

11: ANTALL VEDLEGG