

**HENVISNINGSSKJEMA FOR GLENNE REGIONALE SENTER FOR AUTISME**

Psykiatrien i Vestfold HF Glenne regionale senter for autisme Fogdeveien 55. 3184 Borre <small>Vennligst fyll ut relevante felter så nøyaktig som mulig. Utfyllende opplysninger kan legges ved. Henviser er ansvarlig for å innhente nødvendig samtykke fra den henvisningen angår. Skjemaet er unntatt offentlighet etter Off.loven</small>		Fylles ut av PIV Saksnummer: Mottatt dato: Vedtak i IFU-dato:		Er pasienten henvist tidligere? Ja: _____ Nei: _____ Saksansvarlig Navn: _____ Postjournalnr: _____
Personer som henvises				
Fornavn:	Jente: _____	Fødselsdato og personnummer:		
Etternavn:	Gutt: _____	-----		
Adresse:	Nasjonalitet:			
Postnr/sted:	_____			
Kommune:	Behov for tolk:			
Telefon:	Nei..... Ja.....	Evt. hvilket språk: _____		
Familie- og omsorgssituasjon. Skal fylles ut hvis henvisningen er på barn (under 18 år)				
Bosituasjon	JA	Nei	Hvem har foreldreansvaret	
Hos begge foreldre			Mor	
Hos en av foreldrene			Far	
Fosterhjem			Begge	
Annet			Andre _____	
Foreldre/foresatte 1		Foreldre/foresatte 2		
	Relasjon:		Relasjon:	
Navn:	Mor:	Navn:	Mor:	
Adresse:	Far:	Adresse:	Far:	
Postnr/sted:	Fostermor:	Postnr/sted:	Fostermor:	
Tlf.privat _____	Fosterfar:	Tlf.privat _____	Fosterfar:	
Tlf.arbeid _____		Tlf.arbeid _____		
ÅRSAK til henvisning: Beskriv aktuell problematikk				

Tjenestebehov			
Utredning/diagnostikk			
Tiltak/behandling			
Annet			
Problemstillinger (ved flere problemstillinger, prioriter rekkefølgen)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Tidligere utredninger			Vedlegg i saken
ICD-10	DIAGNOSE	MND/ÅR	Vedlegg 1:
			Vedlegg 2:
			Vedlegg 3:
Sentrale instanser i saken			
Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Har pasienten Individuell Plan		JA	NEI
Navn på henvisende instans			
Person/stilling	Instans	Telefon	
Adresse	Dato/Underskrift	Plass for stempel	
Navn på fastlege			
NAVN/ADRESSE	Dato/Underskrift	Plass for stempel	