

Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Elektronisk skjema for henvisning (2010)

Til vurderingsinstans	
-----------------------	--

1. HENVISENDE INSTANS

Henvisende instans	
Postadresse	
E-post	
Telefon(dir) / fax	
Kontaktperson(er)	

2. PERSONOPPLYSNINGER OM HENVIST PASIENT

Fornavn		Kvinne	Mann
Etternavn			
Personnr. (11 siffer)			

Bostedsadresse	
Telefon/mobil	
Folkeregistrert kommune	
Sivilstatus	

Nærmeste pårørende	
Relasjon	
Telefon/mobil	

Pasienten samtykker til at pårørende kan kontaktes ifb med henvisningen	Ja	Nei
---	----	-----

Har pasienten omsorg for eller samvær med barn?	Ja	Nei
Barnet/barnas alder		
Bosted		
Samarbeid med barnevernstjenesten		

Kriminalitet (uoppgjorte saker/ forestående soning med evt. varighet, § 12	
--	--

Har pasienten førerkort?	Ja	Nei
Hvis ja, er meldingsrutiner jf. Helsedirektoratets veileder IS-1437 fulgt?		

3. HELSE OG RUS

Rusanamnese (debut, type, hyppighet etc)	
Rusfrie perioder	

Somatisk helse (relevante utredninger vedlegges)	
Psykisk helse (relevante opplysninger vedlegges)	
Diagnose(r)	

Sosialanamnese (økonomi, bolig, familie, arbeid og ressurser)	
---	--

Særlig behov for tilrettelegging	
---	--

Foreskrevne medikament(er)	
LAR	Har LAR Dose: Søkt LAR Vedtaket er vedlagt

4. TIDLIGERE BEHANDLINGSERFARING OG BESTILLING FOR BEHANDLINGEN

Tidligere behandling (behandlingsnivå, tid/sted/erfaring, epikrise vedlegges)	
---	--

Pasientens mål for behandlingen	
--	--

Henvisers anbefaling av behandlingssted	1. 2.
Henvisers beskrivelse av behandlingsbehov, motivasjon og livssituasjon	

5. KONTAKTINFORMASJON TIL SAMARBEIDSPARTNERE

Legkontor	Kontaktperson Adresse Telefon
NAV/ Sosialtjeneste	Kontaktperson Adresse Telefon
Hjemmebaserte tjenester	Kontaktperson Adresse Telefon
Andre	Kontaktperson Adresse Telefon

Individuell plan vedlagt	Ja Under utarbeidelse Nei Begrunnelse
---------------------------------	---

Antall vedlegg:

Dato:

Signatur: