

**PERSON SOM HENVISES**

Fornavn:	Kvinne Mann	Fødselsnummer:
Etternavn:	Kommune:	
Adresse:	Postnummer og poststed:	Telefon:
Nasjonalitet:	Behov for tolk? Ja        Nei	Hvis ja, hvilket språk:

**DIAGNOSE(R)**

ICD-10 Diagnose	Årstall
1.	
2.	
3.	
4.	

**HELSE**

Er det gjennomført helsekontroll hos fastlege?	Ja Nei	Anbefalinger for årlige helsekontroller hos fastlegen av voksne og eldre personer med utviklingshemming. Informasjonsmateriell og huskelister for årlig helsekontroll <a href="https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/utviklingshemningog-aldring/helse-og-sykdom/arlig-helsekontroll/">https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/utviklingshemningog-aldring/helse-og-sykdom/arlig-helsekontroll/</a>
Legemidler (vennligst legg ved oppdatert medisinliste)		

**PÅRØRENDE / VERGE**

Pasientens nærmeste pårørende:		Har pasienten verge? Ja            Nei
Slektskap:		Navn:
Navn:		Adresse:
Adresse:		Telefon:
Telefon:		
Har pasienten egne barn?		
Har pasienten ansvar for egne barn?		
<b>SENTRALE INSTANSER</b>		
Instans:	Instans:	Instans:
Kontaktperson:	Kontaktperson:	Kontaktperson:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
<b>HENVISER</b>		
Navn på henviser:		
Henvisende instans:		
Adresse:		
Dato og underskrift		
<b>SAMTYKKE TIL HENVISNING</b>		
<b>Pasient</b>	<b>Pårørende</b>	<b>Verge</b>

Navn:	Navn:	Navn:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Dato og underskrift	Dato og underskrift	Dato og underskrift

## BAKGRUNN FOR HENVISNING



