U.off fvl. §13, offl. § 13

\*obligatorisk

Dette skjemaet fylles ut av helsepersonell

|  |  |
| --- | --- |
| \*Pasient: |  |
| \*Fødselsnummer: |  |
| \*Dato for henvisning: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Navn på leder av demensteam eller hjemmesykepleien: |  |
| \*Telefon leders kontor: |  |
| \*epost: |  |
| \*mobil: |  |
| navn på fagperson som skal følge med meg hjem til pasienten: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Navn på fastlegen: |  |
| \*HPR-NR (OBS obligatorisk): |  |
| \*epost: |  |
| \*mobil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Har pasient/nærmeste pårørende samtykket til henvisning: JA / NEI | |
| \*Navn på nærmeste pårørende: |  |
| Slektskap til pasienten: |  |
| \*mobil: |  |
| epost: |  |

Sykehistorie:

|  |
| --- |
| Beskriv sykehistorie, atferd, hva som er problemstillingen:  (4-5 linjer) |

**Merk at henvisning fra lege skal følge dette skjemaet.**