

Modtager	
Patient	
Personnummer, navn og adresse samt tlf.nr.	
☐ Pt. henvises som en del af familiebehandling. Oplys forældre cpr.nr.	
Henviser	Egen læge
Navn, adresse, telefonnummer og sikker e-mail på henviser	Navn, adresse og telefonnummer på patientens egen læge
Sprog	
Er der behov for tolk?	
Hvilket sprog/Dialekt	

Transport

DIGNITY dækker ikke transportudgifter. Det er en forudsætning for henvisning, at kommunen forudgående har truffet afgørelse om transport, herunder taget stilling til borgerens evne til at transportere sig samt økonomiske mulighed for at dække udgiften. Hvis borgeren ikke selv kan varetage eller finansiere transport, skal kommunen sikre en løsning, inden henvisning sendes.

Kommunen bekræfter hermed, at følgende er afklaret:

- ☐ Borgeren er i stand til selv at transportere sig til/fra behandling hos DIGNITY
- ☐ Borgeren har økonomisk mulighed for selv at dække transportudgifter.
- ☐ Hvis ovenstående ikke er opfyldt, er der iværksat følgende alternativ transportløsning.

Baggrund for henvisningen

Beskrivelse af symptomer og aktuelle problemstillinger i sagen.

Der ønskes en beskrivelse af formålet med henvisningen. Hvorfor henvises patienten?

Hvilke tidligere behandlinger/foranstaltninger har der været sat i værk?

Sygehistorie

Har patienten været i kontakt med psykiatrien? Hvis ja Hvor? Vedhæft epikriser, beskrivelser eller andre konklusioner.

Medicin

Aktuel medicin

Vedhæft oplysninger rekvireret fra egen læge, hospitaler eller andre behandlingsinstitutioner.

Evt. selvmedicinering eller rusmiddelforbrug.

Familien

Beskrivelse af familieforhold

Oplys evt. om pt. er gift/skilt/ægtefælle afdøet ved døden/hvor mange børn eller andet.

Er patienten indforstået med henvisningen, og hvilke drøftelser har der været?

Samtykke

Er der indhentet samtykke til samarbejde med diverse instanser, herunder modtage post i E-Boks. Husk at vedhæfte samtykke.

Bilag

Oversigt over de kopier af relevante undersøgelser/behandlingsresultater, der er vedlagt. Vedlæg kognitiv, psykologisk vurdering samt udtalelser fra relevante fagpersoner.

Øvrige forhold af betydning

Oplys evt. her andre kontaktpersoner i kommunen ifb. med evt. indkaldelse til netværksmøde:

Afdeling: Navn på sagsbeh./tlf. og mail _____

Afdeling: Navn på sagsbeh./tlf. og mail _____

Afdeling: Navn på sagsbeh./tlf. og mail _____

Afdeling: Navn på sagsbeh./tlf. og mail _____

Afdeling: Navn på sagsbeh./tlf. og mail _____

Underskrift

Henviser samt pt. underskriver