

## Henvisning til familieforløb fra kommunen

Felter mærket med \* skal udfyldes

### Oplysninger om patienterne

\*Forældrenes/værges navne og adresse(r)

Faderens el. værges navn: \_\_\_\_\_ Moderens navn: \_\_\_\_\_

Gade: \_\_\_\_\_

Gade:

Postnr./By: \_\_\_\_\_

Postnr./By:

Tlf./mobiltlf.nr.: \_\_\_\_\_


Tlf./mobiltlf.nr.:

Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Cpr.nr.:

Henvises til behandling / er allerede henvist

Henvises til behandling / er allerede henvist

Samtykke til indkaldelse via  ja

Samtykke til indkaldelse via  ja

Samtykke er givet fra begge forældre ved fælles forældremyndighed ja  nej

**\*Navn og cpr.nr. på alle børn i familien: Børn over 18 år skal fremgå nedenfor, men henvises via individuelle henvisninger med note om at indgå i familiebehandling.**

\*Oprindelsesland: \_\_\_\_\_ \*sprog/dialekt \_\_\_\_\_

Er der brug for tolk:

### Familiens professionelle kontakter:

\*Sagsbehandler: \_\_\_\_\_ Tlf.nr. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Læge: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Børne- og familieafdeling: Oplys mail og tlf.nr. \_\_\_\_\_

Plejefamilie: Oplyst mail og tlf.nr. \_\_\_\_\_

Psykolog: Oplys mail og tlf.nr. \_\_\_\_\_

Andre: \_\_\_\_\_

**\*Har én eller flere i familien tidligere været i behandling for traumer?**

**Angiv behandler/behandlingssted:**

**Vedhæft bekrivelse/konklusion. En beskrivelse pr. familiemedlem**

**Nej:**

**Ja: hvor?**

Privat praktiserende psykolog:

Fysioterapeut:

Psykiatrisk afdeling:

Hospitalsindlæggelse: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

**Bolig:**

Boligløs/midlertidig bolig Egen bolig

**Bemærkninger:**

*DIGNITY dækker ikke udgifter til transport, så familien skal selv transportere sig til DIGNITY. Det er en forudsætning at der er truffet afgørelse om transport inden henvisning sendes.*

Transport:

**Er forældrene samboende?**    ja    nej

- Separeret/skilt
- Fraværende forældrepart opholder sig uden for Danmark
- Fraværende forældrepart er død
- Fraværende forældreparts skæbne er uvis Andet:

**\*Henvisningsårsag:**

(Beskrivelse af familiens baggrund, herunder familien helbredsmaessige problemer og evt. sociale problemer, samt familiens motivation for behandling. )

**\* Er der iværksat eller har der været støtteforanstaltninger i familien:  
Kort beskrivelser og effekt:**

**\* Er familien indforstået med henvisningen og hvilke drøftelser har der været:**

**\* Har familien tidligere været i familiebehandling:  
Vedhæft evt. relevante konklusioner**

Relevante lægelige journaloplysninger bedes vedlagt dette skema.

**\* Er patienten/patienterne opført på venteliste hos andre  
behandlingscentre? Nej Ja Center:**

**Underskrifter**

\_\_\_\_\_  
**\* Dato:**

\_\_\_\_\_  
**\* Myndighedssagsbehandlers underskrift**

\_\_\_\_\_  
**\* Forælders/værges underskrift**

**Skemaet scannes med underskrifter til pdf-fil og sendes til lokationsnummer 5790000278114.**

*Kommunen skal indhente alle reletvante lægeoplysninger fra læge, sygehuse, eller andre behandlingssteder på alle henviste, inden henvisningen sendes til Dignity. Alle relevante oplysninger fra læge/hospitaler eller andre behandlingssteder, udtalelser fra PPR, Sundhedsplejersker, jobcentre, § 50 undersøgelser, psykologvurderinger fra private eller offentlige institutioner skal vedhæftes henvisningen.*