

Umsókn til Geðheilsuteyma HH



Frábendingar eru:

Virkur fíknivandi
Þroskaraskanir þ.m.t einhverfurófsraskanir
Sjálfræðissvipting

Ófullnægjandi tilvísun verður endursend

Dagsetning: _____

Persónuupplýsingar

Kennitala: _____

Nafn: _____

Heimilisfang: _____

Sími: _____

Netfang: _____

Nánasti aðstandandi: _____

Sími: _____

Tilvísandi

Nafn: _____

Vinnustaður: _____

Starfsheiti: _____

Sími: _____

Netfang: _____

Hvaða þjónustu er óskað frá geðheilsuteymi?

Fær notandi þjónustu sem stendur annars staðar frá, td. frá heilsugæslu, þjónustumiðstöð eða öðrum meðferðaraðilum eða stofnunum?

Sjúkdómsgreiningar:

Stutt geðsaga:

Hvaða meðferðarúrræði hafa þegar verið reynd?

Hefur notandi dvalið á geðdeild? Ef svo er þá hvar og hvenær (fjöldi skipta):

Hefur notandi sýnt ofbeldishegðun og þá hvernig?

Líkamlegt ástand:

Lyfjanotkun: