

Umsókn til:
Geðheilsuteymis HH austur
Geðheilsuteymis HH suður
Geðheilsuteymis HH vestur



Dagsetning: _____

Persónuupplýsingar

Kennitala: _____

Nafn: _____

Heimilisfang: _____

Heimasími: _____ Gsm: _____

Nánasti aðstandandi: _____

Búseta

Eigið húsnæði:

Leiguhúsnæði:

Annað: _____

Sími: _____

Tilvísandi

Nafn: _____ Vinnustaður: _____

Starfsheiti: _____ Sími: _____ Netfang: _____

Heimilislæknir: _____ Sími: _____ Netfang: _____

Geðlæknir: _____ Sími: _____ Netfang: _____

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

Sjúkdómsgreiningar:

Stutt geðsaga:

Ástæða umsóknar. Lýsing á stöðunni eins og hún er í dag og hvaða þjónustu er óskað af geðheilsuteymi:

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. Hvaða lyf, afhendingarmáti, skömmtun:

Notandi er beðinn um að skrifa undir eftirfarandi (tilvísandi má undirrita fyrir hönd notanda með upplýstu leyfi):

Ég undirrituð/aður samþykki að sótt sé um þjónustu Geðheilsuteymis HH (samþætt þjónusta geðheilsuteymis og þjónustumiðstöðva).

Undirskrift: _____

Sendið undirskrifað eyðublað í ábyrgðarpósti til teymis svæðisins:
Geðheilsuteymi HH austur, Stórhöfða 23, 110 Reykjavík
Geðheilsuteymis HH suður, Álfabakka 16, 109 Reykjavík
Geðheilsuteymi HH vestur, Skúlagötu 21, 101 Reykjavík