

<b>Dato:</b>	<b>Lb.nr.:</b>
<b>Beh.:</b>	<b>Sagsanv.:</b>

Udfyldes af Oasis

## HENVISNINGSSKEMA (børn/familier)

Felter mærket med \* skal udfyldes

Oplysninger om henviser		
*Læges/kommunal lægekonsulents navn (tydeligt)		*Adresse eller stempel
Husk patients og læges underskrifter bagest i skemaet		
Evt. henvisende kommune		
Adresse		
Kontaktperson	Tlf.	E-mail

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.: _____
<input type="checkbox"/> Henvises til behandling / er allerede henvist	<input type="checkbox"/> Henvises til behandling / er allerede henvist
<b>Lb.nr.:</b> _____ (udfyldes af Oasis)	<b>Lb.nr.:</b> _____ (udfyldes af Oasis)

*Børn i familien som henvises:	<b>Lb.nr.</b> (udfyldes af Oasis)
1. _____ Cpr.nr. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
*Samlet antal børn i familien (henviste og ikke-henviste): _____	

**\*Oprindelsesland:** \_\_\_\_\_ **\*Modersmål:** \_\_\_\_\_

**\*Taler dansk:** Slet ikke      Lidt      Nogenlunde      Ret godt      Flydende

**Familiens professionelle kontakter:**

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

Læge: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Familie/Personlig rådgiver: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Plejefamilie: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Psykolog: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Andre: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

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

**Angiv behandler/behandlingssted:**

**Nej:**

**Ja:** I Oasis  
Privat praktiserende psykolog:  
Fysioterapeut:  
Psykiatrisk afdeling:  
Hospitalsindlæggelse:  
Andet: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Er forældrene samboende?**    ja    nej

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

**Bolig:**

Boligløs/midlertidig bolig  
Egen bolig

**Bemærkninger:**

**Beskriv kort evt. aktuelle støtteforanstaltninger omkring familien:**

**\*Henvisningsårsag:**

(Beskrivelse af patientens baggrund, psykiske, fysiske og sociale problemer, samt patientens motivation for behandling.)

**Diagnoseforslag:**

**Torturskader:**

**Medicinsk behandling/psykofarmaka:**

**Misbrug:**

**Selvmondsrisiko:**

Relevante lægelige journaloplysninger bedes vedlagt dette skema.

**\* Er patienten/patienterne opført på venteliste hos andre behandlingscentre?**

Nej Ja Center:

**Underskrifter**

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

\_\_\_\_\_  
\* Læges/kommunal lægekonsulents underskrift

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