

Dato:	Lb.nr.:
Beh.:	Sagsanv.:

Udfyldes af Oasis

HENVISNINGSSKEMA (børn/familier)

Felter mærket med * skal udfyldes

Oplysninger om henviser		
*Læges/kommunal lægekonsulents navn	*Adresse	
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
Samtykke til indkaldelse via eBoks ja <input type="checkbox"/>	Samtykke til indkaldelse via eBoks ja <input type="checkbox"/>
Lb.nr.: _____ (udfyldes af Oasis)	Lb.nr.: _____ (udfyldes af Oasis)

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

*Oprindelsesland: _____ *Talte sprog: _____

*Behov for tolk: Nej Ja

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