



behandling og
rådgivning for
flygtninge

Nygade 4, 2. sal, 1164 København K
Tlf.: 35 26 57 26 • Fax: 35 26 55 33
E-mail: info@oasis-rehab.dk

Udfyldes af Oasis

Dato:

Lb.nr.

HENVISNINGSSKEMA (voksne)

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 / jobcenter		
Adresse		
Kontaktperson	Tlf.	E-mail

Felter mærket med * skal udfyldes

Oplysninger om patienten	
*Navn: _____	*Køn: Mand Kvinde
*Cpr.nr.: _____	*E-mail: _____
*Adresse: _____	
*Postnr./By: _____	*Tlf.nr./mobil: _____
*Oprindelsesland: _____	*Modersmål: _____
*Taler dansk: Slet ikke Lidt Nogenlunde Ret godt Flydende	

Skemaet må ikke sendes via e-mail af hensyn til beskyttelse af personfølsomme oplysninger.

Felter mærket med * skal udfyldes

Behandlingskontakter:

*Egen læge: _____ Adresse: _____ Tlf.: _____

Psykiater: _____ Adresse: _____ Tlf.: _____

Andre: _____ Adresse: _____ Tlf.: _____

Årstal for ankomst til Danmark: _____

*Herboende ægtefælle: Nej Ja

*Er ægtefællen i behandling i Oasis? Nej Ja

*Hvis ja, ægtefælles navn: _____

Har den henviste tidligere været i behandling for traumer?

Nej:

Behandler/behandlingssted:

Ja:

I Oasis

Privatpraktiserende psykolog

Fysioterapeut

Psykiatrisk behandling

Hospitalsindlæggelse

Psykiatrisk hospital

Andet: _____

Bolig:

Egen bolig

Midlertidig bolig

Boligløs

Andet: _____

Bemærkninger:

***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 opført på venteliste hos andre behandlingscentre?**

Nej Ja Center:

Underskrifter

* Dato:

* Læges/kommunal lægekonsulents underskrift

* Patientens underskrift