



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](mailto:info@oasis-rehab.dk)

Udfyldes af Oasis

Dato:

Lb.nr.

# HENVISNINGSSKEMA (voksne)

Felter mærket med \* skal udfyldes

Oplysninger om henviser		
<b>*Læges/kommunal lægekonsulents navn</b> (tydeligt)		<b>*Adresse eller stempel</b>
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	
<b>*Navn:</b> _____	<b>*Køn:</b> Mand Kvinde
<b>*Cpr.nr.:</b> _____	<b>*E-mail:</b> _____
<b>*Adresse:</b> _____	
<b>*Postnr./By:</b> _____	<b>*Tlf.nr./mobil:</b> _____

Skemaet scannes med underskrifter til pdf-fil og sendes til Oasis' lokationsnummer 5790002400353.

Patientens kontaktoplysninger (fortsat)

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_



Oasis vil gerne have mulighed for at sende breve til dig via e-boks. På den måde kan du få vigtig information fra os hurtigt og sikkert.

Vi må ikke sende breve med fortrolige oplysninger til din almindelige e-mail pga. lovgivningen, og hvis vi sender fysiske breve til din gadeadresse, er det både dyrt og langsomt.

Derfor beder vi dig give os tilladelse til at sende digital post til din e-boks.

**Ja, jeg vil gerne modtage post fra Oasis i min e-boks**  (sæt x) Underskrift: \_\_\_\_\_

Udfyldes og underskrives af patienten, sendes sammen med henvisningsskemaet.

Felter mærket med \* skal udfyldes

\*Oprindelsesland: \_\_\_\_\_ \*Talte sprog: \_\_\_\_\_

\*Behov for tolk: Nej Ja

**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:**

**Bemærkninger:**

Egen bolig  
Midlertidig bolig  
Boligløs  
Andet: \_\_\_\_\_

**\*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