

Henvisning/vurdering av pasient ved ARA FOLLO DØGN

Henvisningen sendes til *Henvisningsmottaket, Psykisk Helsevern, 1478 Lørenskog . "Mrk Ara Follo Døgn"*

1. Pasientopplysninger

Navn	Personnummer		
Bostedsadresse	Postnr/sted		
Postadresse (fyll ut hvis annen en bostedsadresse)	Postnr/sted		
Telefon privat	Mobiltlf		
Statsborgerskap	Hvis annet, spesifer:	Nærmeste pårørende	Morsmål
Barn	Omsorg/samvær for barn?	Alder barn	
Samarbeid med barnevernstjeneste			

2. Bestilling for innleggelse

	Ønsket varighet på oppholdet:
	Ønsket dato for innleggelse:
Pasientens motivasjon for avgiftning	
Tiltak planlagt etter endt opphold	
Individuell plan utarbeidet og kopi vedlagt?	

2. Bakgrunnsopplysninger

Tidligere ved Ara Follo Døgn?

Tidsrom forrige innleggelse?

Annen institusjonserfaring/fengsel?

Komplikasjoner ved tidligere avrusning

Rusmiddelanamnese(angi rusmiddel, debutalder, utvikling) og ev overdoser

Aktuelt misbruk (angi rusmiddel og mengde/hyppighet bruk). Endringer senere tid.

Andre foreskrevne medikamenter (angi medikament/er, mengde og varighet

Cave medisinalergi

Vurdering av somatisk og psykisk helse.

.

Kartlegging av voldsrisiko.

Kartlegging av selvmordsrisiko.

Hovedinntekskilde

Tilleggsopplysninger

3b. For pasienter i LAR

I LAR siden	Medikament og dosering	Utleveringssted/frekvens	Foreskrivende lege
-------------	------------------------	--------------------------	--------------------

Kontrakt og samhandlingsavtale ønskes vedlagt for pasienter som er i eller skal inkluderes i LAR

Har pasienten førerkort?

JA ☐ **Nei** ☐

Henviser/tlf.nr

Arbeidssted

Dato