

Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) døgn

Elektronisk skjema for henvisning (2021)

Til vurderingsinstans:	
Ønsket behandlingssted:	

1. Henvisende instans	
Henvisende instans	
Postadresse	
E-post	
Telefon (dir) / fax	
Kontaktperson(er)	

2. Personopplysninger om henvist pasient	
Kjønn	Mann / Kvinne (<i>stryk det som ikke passer</i>)
Fornavn	
Etternavn	
Personnummer (11 siffer)	
Bostedsadresse	
Telefon/mobil	
Folkeregistrert kommune	
Sivilstatus	
Nærmeste pårørende	
Relasjon	
Telefon/mobil	
Pasienten samtykker til at pårørende kan kontaktes i forbindelse med henvisningen	Ja / Nei (<i>stryk det som ikke passer</i>)
Har pasienten omsorg for eller samvær med barn?	Ja / Nei (<i>stryk det som ikke passer</i>)

Barnet/barnas alder	
Bosted	
Samarbeid med barneverntjenesten	
Kriminalitet (uoppgjorte saker/ forestående soning med evt. Varighet, §12)	
Har pasienten førerkort	Ja / Nei (stryk det som ikke passer)
Hvis Ja, er meldingsrutiner jf. Helsedirektoratets veileder IS-1437 fulgt?	

3. Helse og rus	
Rusanamnese (debut, type, hyppighet etc)	
Rusfrie perioder	
Somatisk helse (relevante utredninger vedlegges)	
Psykisk helse (relevante utredninger vedlegges)	
Diagnose(r)	
Sosialanamnese (økonomi, bolig, familie, arbeid og ressurser)	

Særlig behov for tilrettelegging	
Foreskrevne medikament(er)	
LAR	Har LAR: Dose: Søkt LAR: Vedtaket er vedlagt:

4. Tidligere behandlingserfaring og bestilling for behandlingen	
Tidligere behandlings- og rehabiliteringstiltak (behandlingsnivå, tid/sted/erfaring/nytte, epikrise vedlegges)	
Hvilke behandlingstiltak har søkeren pr dags dato? Hvilken nytte har søkeren av disse, og hvorfor strekker de eventuelt ikke til?	
Pasientens mål for behandlingen	
Henvisers anbefaling av behandlingssted (begrunnelse)	
Henvisers beskrivelse og vurdering av behandlingsbehov og motivasjon? (Hva trenger pasienten å jobbe med under døgnet i TSB?)	

Hva er tenkt i forhold til ettervern?	
Hvordan kan pasienten følges opp i påvente av døgnbehandling i TSB?	

5. Kontaktinformasjon til samarbeidspartnere		
Legekantor	Kontaktperson	
	Telefon	
	Adresse	
NAV/Sosialtjeneste/ Rustjeneste	Kontaktperson	
	Telefon	
	Adresse	
Hjemmebaserte tjenester	Kontaktperson	
	Telefon	
	Adresse	
Spesialisthelsetjenesten (rus/psykisk helsevern)	Kontaktperson	
	Telefon	
	Adresse	
Andre	Kontaktperson	
	Telefon	
	Adresse	
Individuell plan vedlagt	Ja	
	Under utarbeidelse	

	Nei	Begrunnelse:
--	-----	--------------

Antall vedlegg:

Dato:

Signatur: