



HENVISNING

AVDELING FOR PSYKISK HELSE OG RUS

BARN / UNGE OG VOKSNE

Opplysninger om søker:

Etternavn	Fornavn	
Adresse	Nasjonalitet	
Fødselsnummer (11 siffer)	Sivilstand	Telefon
Fastlege	Adresse fastlege	Telefon fastlege

Nærmeste pårørende / kontaktperson:

Etternavn	Fornavn	Slektsforhold
Telefon	Adresse	

Det søkes om (sett kryss):

<input type="checkbox"/>	Psykisk helsetjeneste for barn/unge, under 18 år
<input type="checkbox"/>	Råd/veiledning til foreldre
<input type="checkbox"/>	Psykisk helsetjeneste for voksne, over 18 år
<input type="checkbox"/>	Tiltak - Avhengighetsproblematikk
<input type="checkbox"/>	Tiltak - Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Marker kommune

Hjelpebehov / begrunnelse for søknaden:

Beskriv problematikken/ symptomer/ funksjonsfall:

Hva ønsker du/dere hjelp til:

Underskrift:

Sted	Dato	Søker / Foresatt / Hjelpeverge
------	------	--------------------------------

Eventuelt: Henvissende instans / telefonnummer:

Marker kommune

Søknaden sendes: