



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 - Legemiddelasistert 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: Henvisende instans / telefonnummer:

Søknaden sendes: