

Henvisning til familieforløb fra kommunen

Felter mærket med * skal udfyldes

Oplysninger om patienterne	
*Forældrenes/værges navne og adresse(r)	
Faderens el. værges navn: _____	Moderens navn: _____
Gade: _____	Gade: _____
Postnr./By: _____	Postnr./By: _____
Tlf./mobiltlf.nr.: _____	Tlf./mobiltlf.nr.: _____
Cpr.nr.: _____	Cpr.nr.: _____
☐ Henvises til behandling / er allerede henvist	☐ Henvises til behandling / er allerede henvist
Samtykke til indkaldelse via eBoks ja ☐	Samtykke til indkaldelse via eBoks ja ☐
Samtykke er givet fra begge forældre ved fælles forældremyndighed ja ☐ nej ☐	
*Navn og cpr.nr. på alle børn i familien: Børn over 18 år skal fremgå nedenfor, men henvises via individuelle henvisninger med note om at indgå i familiebehandling.	
*Oprindelsesland:	
*sprog/dialekt	
Er der brug for tolk:	
Familiens professionelle kontakter:	
*Sagsbehandler:	Tlf.nr. _____ Email: _____
Læge:	Tlf.nr.: _____
Børne- og familieafdeling: Oplys mail og tlf.nr. _____	
Plejefamilie: Oplyst mail og tlf.nr. _____	
Psykolog: Oplys mail og tlf.nr. _____	
Andre: _____	

***Har én eller flere i familien tidligere været i behandling for traumer?**

Angiv behandler/behandlingssted:

Vedhæft bekrivelse/konklusion. En beskrivelse pr. familiemedlem

Nej:

Ja: hvor?

Privat praktiserende psykolog:

Fysioterapeut:

Psykiatrisk afdeling:

Hospitalsindlæggelse:

Andet:

Bolig:

Boligløs/midlertidig bolig Egen bolig

Bemærkninger:

Transport:

DIGNITY dækker ikke transportudgifter. Det er en forudsætning for henvisning, at kommunen forudgående har truffet afgørelse om transport, herunder taget stilling til borgerens evne til at transportere sig samt økonomiske mulighed for at dække udgiften. Hvis borgeren ikke selv kan varetage eller finansiere transport, skal kommunen sikre en løsning, inden henvisning sendes.

Kommunen bekræfter hermed, at følgende er afklaret:

Borgeren er i stand til selv at transportere sig til/fra behandling hos DIGNITY

Borgeren har økonomisk mulighed for selv at dække transportudgifter.

Hvis ovenstående ikke er opfyldt, er der iværksat følgende alternativ transportløsning.

Er forældrene samboende? ja nej

- Separeret/skilt
- Fraværende forældrepart opholder sig uden for Danmark
- Fraværende forældrepart er død
- Fraværende forældreparts skæbne er uvis Andet:

***Henvisningsårsag:**

(Beskrivelse af familiens baggrund, herunder familien helbredsmaessige problemer og evt. sociale problemer, samt familiens motivation for behandling.)

*** Er der iværksat eller har der været støtteforanstaltninger i familien:
Kort beskrivelser og effekt:**

*** Er familien indforstået med henvisningen og hvilke drøftelser har der været:**

*** Har familien tidligere været i familiebehandling:
Vedhæft evt. relevante konklusioner**

Relevante lægelige journaloplysninger bedes vedlagt dette
skema.

*** Er patienten/patienterne opført på venteliste hos andre
behandlingscentre? Nej Ja Center:**

Underskrifter

*** Dato:**

*** Myndighedssagsbehandlers underskrift**

*** Forælders/værges underskrift**

Skemaet scannes med underskrifter til pdf-fil og sendes til lokationsnummer 5790000278114.

Kommunen skal indhente alle reletvante lægeoplysninger fra læge, sygehuse, eller andre behandlingssteder på alle henviste, inden henvisningen sendes til Dignity. Alle relevante oplysninger fra læge/hospitaler eller andre behandlingssteder, udtalelser fra PPR, Sundhedsplejersker, jobcentre, § 50 undersøgelser, psykologvurderinger fra private eller offentlige institutioner skal vedhæftes henvisningen.