**HENVISNING TIL HABILTERINGSTJENSTEN FOR BARN OG UNGE -HABU**

**KRAV TIL HENVISNINGEN**

**Henvisningsskjemaet** skal alltid fylles ut. Henvisningen skal skje i samarbeid med foresatte og/eller barnet/ungdommen selv, og disse skal undertegne henvisningsskjemaet. Lege må alltid være hovedhenviser. De ulike etater/fagpersoner i kommunen som er i kontakt med og/eller gir tjenester til barnet bør sammen drøfte henvisningen. Send henvisningen pr post, ikke som vedlegg i en e-post!

**Den som henviser må redegjøre for, og dokumentere følgende:**

1. De viktigste opplysningene om barnet: helse, motorikk, språk/kommunikasjon, kognisjon, atferd o.a.
2. Behandlingstiltak, fysioterapi, barnehage/skole, hjelpemidler og lignende
3. Oversikt over involverte instanser og etablerte hjelpetiltak
4. Årsak til henvisningen, og hvilken hjelp det er behov for må være så tydelig og spesifikk som mulig. Dette gjelder både ved henvisning første gang og ved senere henvisninger

**Saksgang i HABU:**

I henhold til Lov om pasientrettigheter § 2-2 vil henvisningen bli vurdert innen fristen på

10 virkedager. Resultatet av vurderingen og eventuell fastsetting av behandlingsfrist vil bli meddelt skriftlig. Dersom dere ønsker å drøfte en eventuell henvisning er dere velkommen til å ta kontakt.

**Kontaktinformasjon:**

HABU Finnmarkssykehuset

Hammerfest sykehus

Sykehusveien 35

9601 Hammerfest

Tlf: 78 96 75 60/907 80 298

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HENVISNING TIL**  **HABILITERINGSTJENSTEN FOR BARN OG UNGE – HABU** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ETTERNAVN** |  | | | | **FØDSELSDATO** | | | | | | | **PERSONNUMMER** | | | | |
| **FORNAVN** |  | | | | | | | | | | | **GUTT** | | | | **JENTE** |
| **ADRESSE** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KOMMUNE** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MORSMÅL** | | **Evt. 2. språk** | | | | | | | **VED BEHOV FOR TOLK, ANGI SPRÅK:** | | | | | | | |
| **ER DETTE FØRSTE GANG BARNET/UNGDOMMEN HENVISES TIL HABU?** | | | | | | | | | | | **JA** | | | | **NEI** | |
| **FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HVEM HAR FORELDREANSVARET** | | |  | | |  | | | | | | |  | | | |
| **DAGLIG OMSORG (oppgi navn):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAVN FORESATT** | | | | | | | | **Mor** | | **Fostermor** | | | | **Andre** | | |
| **ADRESSE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELEFON Privat: Arbeid:**  **MAIL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAVN FORESATT** | | | | | | | | **Far** | | **Fosterfar** | | | | **Andre** | | |
| **ADRESSE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELEFON Privat: Arbeid: MAIL:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SØSKEN (navn og fødselsår)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HENVISENDE LEGE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FASTLEGE (navn)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRESSE** | | | | | | | **STEMPEL** | | | | | | | | | |
| **TELEFON** | | | | | | |
| **UNDERSKRIFT OG DATO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDHENVISER** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAVN / STILLING / INSTANS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MAIL** | | | | **TELEFON** | | | | | | | | | | | | |
| **DATO OG UNDERSKRIFT** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AKTUELLE INSTANSER I SAKEN** **(helsestasjon / skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, andre)** | | | | |
| **INSTANS** | **KONTAKTPERSON** | **MAIL** | **TELEFON** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| **ER DET UTARBEIDET INDIVIDUELL PLAN?**  **Hvis JA, legg ved planen** | | | **JA** | **NEI** |
| **KOORDINATORS NAVN, MAIL OG TELEFONNUMMER:** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIDLIGERE UTREDNINGER** | | |
| **NÅR UTFØRT?** | **UNDERSØKELSER/UTREDNINGER/TESTER** | **UTFØRT AV HVILKEN INSTANS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSER** | | | | | |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  |

|  |
| --- |
| **LEGG VED RELEVANT DOKUMENTASJON:** |
| (fra: helsestasjon / skolehelsetjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut, barnehage/skole, PPT, BUP, andre…) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **GI EN KORT BESKRIVELSE AV PROBLEMATIKK OG ÅRSAK TIL HENVISNINGEN** |
|  |
| HVILKE TILTAK ER IVERKSATT/PRØVD? |
|  |

|  |
| --- |
| **HVILKE TJENESTER ER DET BRUK FOR FRA HABU** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAMTYKKEERKLÆRING** | | | | | | | | |
| **Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? Mor Ja Nei**  **Far Ja Nei** | | | | | | | | |
| **Jeg / vi gir HABU tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra: (sett kryss)** | | | | | | | | |
| **Helsestasjon** |  | **Barnehage** |  | | **Skole/SFO** |  | **PPT** |  |
| **Fysio-/ergoterapeut** |  | **Barneverntjeneste** |  | | **Statped** |  | **BUP** |  |
| **Andre** | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Dato, foresattes underskrift** | | | | **Dato, ungdommens underskrift (over 15 år)** | | | | |