

# Henvisning til koordinerende team- rehabilitering og habilitering

## 1. Personen som henvises:

Navn:	Født:
Adresse:	Telefon:

## 2. Pårørende

Navn:
Adresse:
Tlf privat /jobb/ mobil:

Navn:
Adresse:
Tlf privat /jobb/ mobil:

## 3. Årsak til henvisningen

Problematikk/ ressurser/ diagnoser/ livssituasjon/ evt mål
--

#### 4. Henviser

Navn:	Tlf:
Adresse:	

#### 5. Nåværende samarbeidspartnere

Avdeling:	Navn:	Tlf.:
Er det opprettet ansvarsgruppe:	Evt. navn leder:	Tlf:

Ønske om koordinator:
-----------------------

#### 6. Samtykke

Samtykkes det i at koordinerende enhet innhenter aktuell informasjon fra andre instanser du/dere har vært/er i kontakt med? JA :___ NEI:___
--

#### Underskrift person, evt pårørende /hjelpeverge/ foresatte:

Dato: ..... Navn: .....

Dato: ..... Navn: .....

#### Henvisers underskrift:

Dato: ..... Navn: .....

Henvisningen sendes til Folldal kommune, koordinerende team v/ leder, 2580 FOLLDAL.  
Tlf: 624 91000