



## HENVISNING TIL PSYKISK HELSE- OG RUSTJENESTER I KOMMUNEN

Psykisk helsetjeneste: voksne  
rusteamet

Helsesøstertjenesten: barn/ungdom


Navn:

Fødsel og personnr:

Adresse:

Postnr:

Telefon:

Fastlege:

---

---

Problemområde/ brukers egne synspunkter/hva ønskes det hjelp til:

Andre iverksatte tilbud i kommunen:

Behandlingskontakter i spesialisttjenesten:

---

---

Navn på henvisende instans:

Navn

Avdeling

***Jeg samtykker i at henvisningen sendes Psykisk helse- og rustjenester i kommunen.***

Stokke kommune den

---

Underskrift

***Jeg samtykker i at Psykisk helse- og rustjenester kan innhente opplysninger fra samarbeidspartnere som gjelder min sak.***

---

Underskrift