

Telefon:
63 82 53 00

Søknadsskjema for psykiatritjenester

Henvisingen gjelder:

Navn:		Personnr. (11 siffer):
Adresse:	Postnr. og sted:	Nasjonalitet:
Yrke:	Fastlege:	Sivli status:
Telefon arbeid:	Telefon privat:	Telefon mobil:

Pårørende:

Navn:	Adresse:	Telefon:	Tilknytning:
Navn:	Adresse:	Telefon:	Tilknytning:

Har du vært i kontakt med vår avd. tidligere?:

Beskriv kort hvorfor du søker psykiatrisk hjelp:

Henvist av:	Sted:	Dato:
-------------	-------	-------

Søkers underskrift:

Vi gjør oppmerksom på at kopi av bekreftelse på tildelt time blir oversendt fastlegen.

Jeg aksepterer at psyk. s.pl / v.pl. samarbeider med min behandlende lege og evt. andre kommunale seksjoner ved behov.

Søkers underskrift:

Mottatt av:	Dato:
Tildelt time:	Hos: