Sarpsborg kommune

Henvisningsskjema til Demensteamet i Sarpsborg kommune

Brukers navn:	F.nr.(11 siffer):	
Adresse:	Telefon:	Bor bruker alene?
Postnr/sted:	Henviser:	Dato:
Pårørende:	Telefon:	
Fastlege:	Tiltak/tjenester: Hjemmesykepleiesone:	
Bakgrunn for henvisning/problemstilling . Ved plassmangel bruk bakside. ☐ Utredning ☐ Kartlegging av bolig/sikkerhet ☐ Info kommunale tjenester ☐ Råd/veiledning ☐ Samtale med pårørende og eller bruker/annen oppfølging		
Medisiner/sykdommer:		

Før kontakt med demensteam bør dette gjøres:

Henvisningen kjent for bruker?
Henvisningen kjent for pårørende?
Fastlegen informert om igangsatt kartlegging?
Hvem skal demensteamet kontakte? Telefon: