



Pasientdata

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)



Stjerne (*) indikerer obligatoriske spørsmål.

Samlet vurdering av utfall *: Hvordan vurderer du utfallet av behandlingen? Sett ett kryss.

Ikke noe
problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Videre behandling annen instans? *

Nei

Ja

Hvis ja, hvilken instans? (Du kan angi flere.)*

Fastlege/
primærlege

Øvrig primær-
helsetjeneste

Privatpraktiserende
spesialister

Spesialisthelse-
tjenesten

Annen instans

Oppfølgingstilbud * Ble pasienten tilbudt oppfølging ved deres enhet etter endt behandling?

Nei

Ja

Ja, men pasienten avstår

Dødsfall under behandling * Døde pasienten i behandlingsperioden?

Nei

Ja

Ukjent

Hvis ja, dato for dødsfall *

å	å	å	å	m	m	d	d
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tvungent psykisk helsevern * Ble det brukt tvungent psykisk helse-vern under behandlingsperioden?

Nei

Ja

Hvis ja, kryss av for den eller de paragrafene som ble benyttet under behandlingsperioden.

§ 3-2 jf. § 3-5 1. ledd Tvungen observasjon m/døgnopphold

§ 3-2 jf. § 3-5 3. ledd Tvungen observasjon u/døgnopphold

§ 3-3 jf. § 3-5 1. ledd Tvungent psykisk helsevern m/døgnopphold

§ 4-4 a Behandlet med legemidler uten eget samtykke

§ 4-4 b Ernæring uten eget samtykke

Alternativer:
Ingen, ett eller to kryss.

§ 3-3 jf. § 3-5 3. ledd Tvungent psykisk helsevern u/døgnopphold

§ 4-4 a Behandlet med legemidler uten eget samtykke

§ 4-4 b Ernæring uten eget samtykke

Alternativer:
Ingen, ett eller to kryss.



Tiltak 1

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Individ	<input type="checkbox"/> Gruppe	<input type="checkbox"/> Flerfamilie
<input type="checkbox"/> Poliklinisk behandling Færre enn to ganger per uke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Intensiv poliklinisk behandling Minst to ganger per uke i minst én måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dagbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Døgnbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarer i spm. 1.

<input type="checkbox"/> Kognitiv	<input type="checkbox"/> Kognitiv	<input type="checkbox"/> Kognitiv
<input type="checkbox"/> Psykodynamisk	<input type="checkbox"/> Psykodynamisk	<input type="checkbox"/> Psykodynamisk
<input type="checkbox"/> Annen: _____	<input type="checkbox"/> Annen: _____	<input type="checkbox"/> Annen: _____

3. Hovedtilnærming *
Velg én per valgt type i spm. 2.
Ved "annen", spesifiser hvilken.
Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

4. Manualbasert? *

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

5. Vurdering av utfall *
Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?
Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger
 Klar bedring
 Noe bedring
 Uendret
 Forverring
 Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)
å | | | | | | | | | | | |

7. Tiltak slutt (dato)
å | | | | | | | | | | | |

Tiltak 2

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Individ	<input type="checkbox"/> Gruppe	<input type="checkbox"/> Flerfamilie
<input type="checkbox"/> Poliklinisk behandling Færre enn to ganger per uke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Intensiv poliklinisk behandling Minst to ganger per uke i minst én måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dagbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Døgnbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarer i spm. 1.

<input type="checkbox"/> Kognitiv	<input type="checkbox"/> Kognitiv	<input type="checkbox"/> Kognitiv
<input type="checkbox"/> Psykodynamisk	<input type="checkbox"/> Psykodynamisk	<input type="checkbox"/> Psykodynamisk
<input type="checkbox"/> Annen: _____	<input type="checkbox"/> Annen: _____	<input type="checkbox"/> Annen: _____

3. Hovedtilnærming *
Velg én per valgt type i spm. 2.
Ved "annen", spesifiser hvilken.
Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

4. Manualbasert? *

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

5. Vurdering av utfall *
Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?
Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger
 Klar bedring
 Noe bedring
 Uendret
 Forverring
 Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)
å | | | | | | | | | | | |

7. Tiltak slutt (dato)
å | | | | | | | | | | | |



Tiltak 3

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

- Utredning
Poliklinisk behandling
Intensiv poliklinisk behandling
Dagbehandling
Døgnbehandling

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

- Individ
Gruppe
Familie
Flerfamilie

3. Hovedtilnærming *

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken. Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

- Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:
Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:
Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:

4. Manualbasert? *

- Nei
Ja
Nei
Ja
Nei
Ja
Nei
Ja

5. Vurdering av utfall *

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

- Ikke noe problem lenger
Klar bedring
Noe bedring
Uendret
Forverring
Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

Form for start date (day, month, year)

7. Tiltak slutt (dato)

Form for end date (day, month, year)

Tiltak 4

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

- Utredning
Poliklinisk behandling
Intensiv poliklinisk behandling
Dagbehandling
Døgnbehandling

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

- Individ
Gruppe
Familie
Flerfamilie

3. Hovedtilnærming *

Velg én per valgt type i spm. 2. Ved "annen", spesifiser hvilken. Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

- Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:
Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:
Kognitiv
Psykodynamisk
Annen:

4. Manualbasert? *

- Nei
Ja
Nei
Ja
Nei
Ja
Nei
Ja

5. Vurdering av utfall *

Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket? Sett ett kryss.

- Ikke noe problem lenger
Klar bedring
Noe bedring
Uendret
Forverring
Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)

Form for start date (day, month, year)

7. Tiltak slutt (dato)

Form for end date (day, month, year)



Tiltak 5

5. Vurdering av utfall *
 Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?
 Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger
 Klar bedring
 Noe bedring
 Uendret
 Forverring
 Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)
 å å å å å å m m d d

7. Tiltak slutt (dato)
 å å å å å å m m d d

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning Poliklinisk behandling
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling Døgnbehandling

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

Individ	Gruppe	Familie	Flerfamilie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hovedtilnærming *
 Velg én per valgt type i spm. 2.
 Ved "annen", spesifiser hvilken.
 Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv	Psykodynamisk	Annent:	Kognitiv	Psykodynamisk	Annent:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Manualbasert? *

Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiltak 6

5. Vurdering av utfall *
 Hvordan vurderer du utfallet av behandlingstiltaket?
 Sett ett kryss.

Ikke noe problem lenger
 Klar bedring
 Noe bedring
 Uendret
 Forverring
 Ikke aktuelt

6. Start tiltak (dato)
 å å å å å å m m d d

7. Tiltak slutt (dato)
 å å å å å å m m d d

1. Tiltak * Velg ett. Dersom pasienten har hatt flere tiltak, registrer det som egne tiltak under.

Utredning Poliklinisk behandling
Færre enn to ganger per uke.

Intensiv poliklinisk behandling
Minst to ganger per uke i minst én måned

Dagbehandling Døgnbehandling

2. Type * Velg én eller flere typer. Mulighetene avhenger av hva du svarte i spm. 1.

Individ	Gruppe	Familie	Flerfamilie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hovedtilnærming *
 Velg én per valgt type i spm. 2.
 Ved "annen", spesifiser hvilken.
 Bytter man hovedtilnærming i løpet av tiltaket, må man registrere det som et eget tiltak under.

Kognitiv	Psykodynamisk	Annent:	Kognitiv	Psykodynamisk	Annent:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Manualbasert? *

Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>