



Pasientdata

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Dato

Skriv inn dato for hendelsen (utredning, behandlingsstart, behandlingslutt, avbrutt behandling). Ved utredning, skriv dato for første utredningskonsultasjon.

å	å	å	å	m	m	d	d

2. Registreringstype

Velg type registrering/hendelse som skal opprettes (dette avgjør hvilke skjema som skal besvares).

For pasienter under 18 år, som mottar behandling ved en enhet for voksne, velg registreringstypen "voksen". Motsatt, for pasienter på 18 år eller eldre, som mottar behandling ved en enhet for barn og unge, velg registreringstypen "ungdom/barn"

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Utredning voksen | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering voksen |
| <input type="checkbox"/> Utredning ungdom/barn | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering ungdom/barn |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering voksen | <input type="checkbox"/> Avbrutt behandling voksen |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering ungdom/barn | <input type="checkbox"/> Avbrutt behandling ungdom/barn |

3. Henvisning mottatt dato (besvares kun ved utredning og startregistrering)

Skriv inn dato da henvisningen ble mottatt.

å	å	å	å	m	m	d	d

4. Henvisende instans (besvares kun ved utredning og startregistrering)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pasienten selv | <input type="checkbox"/> Sosialtjeneste/barnevern |
| <input type="checkbox"/> Fastlege/Primærlege | <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen |
| <input type="checkbox"/> Øvrige primærhelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsinstitusjon/sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialister |
| <input type="checkbox"/> Barnehage/skolesektor/PPT | <input type="checkbox"/> Annet |