# Umsókn til Geðheilsuteymis HVest

Dagsetning: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persónuupplýsingar Búseta:**

Kennitala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eigið húsnæði: □

Nafn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Leiguhúsnæði: □

Heimilisfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Annað: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sími: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tilvísandi**

Nafn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vinnustaður: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Starfsheiti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heimilislæknir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geðlæknir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viðhengi

PHQ-9: □ GAD-7: □ CORE-34: □

Stutt geðsaga:

Sjúkdómsgreiningar:

Fær umsækjandi þjónustu annars staðar frá, t.d. frá heilsugæslu, félagsþjónustu eða öðrum meðferðaraðilum:

Ástæða umsóknar: Lýsing á stöðu umsækjanda eins og hún er í dag og hvaða þjónustu er óskað af Geðheilsuteymi HVest:

Hvaða meðferðarúrræði hafa þegar verið reynd:

Hefur umsækjandi dvalið á geðdeild? Ef svo er, hvar og hvenær (fjöldi skipta):

Hefur umsækjandi sýnt ofbeldishegðun og þá hvernig:

Líkamlegt ástand/Almennt heilsufar:

Lyfjanotkun; Hvaða lyf, afhendingarmáti, skömmtun:

Annað sem umsækjandi vill að komi fram:

Umsækjandi er beðinn um að skrifa undir eftirfarandi (tilvísandi má undirrita fyrir hönd viðkomanda með upplýstu leyfi):

Ég undirritaður/undirrituð samþykki að sótt sé um þjónustu Geðheilsuteymis HVest.

Undirskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sendið undirritað eyðublað í ábyrgðarpósti til

Geðheilsuteymi Hvest

Torfnesi

400 Ísafirði

#