# Nordbo_Logo_rgb_web

Autismecenter Nord-Bo  
Skansevej 7-9  
9400 Nørresundby

# **Indstillingsskema til Viden og Udvikling**

# **Sendes til afdelingsleder Annette Møller,** [**am@nordbo.dk**](mailto:am@nordbo.dk)

Denne indstilling anvendes, når der ønskes bistand fra Autismecenter Nord-Bo Viden og Udvikling. For at kunne vurdere den bedst mulige indsats har vi brug for nedenstående oplysninger.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato og navn på henvender** |  |
| **Kontaktoplysninger til henvender:** | **Tlf.:**  **Mail:** |
| **Tilknytning til dén henvendelsen vedrører** (fx pårørende, fagperson) |  |
| **Hvem er betaler i sagen** (privat, kommune, forsikring osv.)  **EAN oplyses hvis faktura via EAN.** | **Navn:**  **Adresse:**  **EAN:** |
| **Udfyldes når der har været forudgående telefonisk henvendelse til Viden & Udvikling** | **Dato**  **Hven er henvendelsen drøftet med (**navn**):** |

## **Henvendelsen vedrører:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn** |  | | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | | | |
| **Postnummer** |  | **Mobilnummer** | | |  | | |
| **Email** |  | | | | | | |
| **CPR.nr** |  | | **Alder** |  | | **Køn** |  |
| **Diagnoser** (evt. givet af hvem og hvornår) |  | | | | | | |
| Medlem af Sygesikring Danmark? | (dette er ift egenbetalingsdel) | | | | | | |

**Aktuelle problemstilling:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beskriv mål for forløbet og hvad der ønskes opnået.** |  | |
| **Hvilken indsats ønskes der?** | Rådgivning/supervision  -Uddyb ønske |  |
| Afklarende psykologsamtale  -Uddyb ønske  -**Notat efter samtale (mod betaling**):  Ja : |  |
| Psykologisk udredning -Uddyb hvad der ønskes afdækket |  |
| Selvforståelsesforløb |  |
| Specialdesignet forældrekursus |  |
| FamilieLiv  Angiv pakke 1 eller 2 |  |
| Seksualvejledningsforløb |  |

**Medsendte sagsakter**

De med \*markerede vurderes særligt vigtige at medsende

|  |  |
| --- | --- |
| **Type sagsakt** | **Sæt kryds** |
| \*Statusrapporter |  |
| Handlingsplaner |  |
| Funktionsudredning |  |
| \*Epikriser/diagnosepapirer (alle der haves til rådighed) |  |
| Journal fra psykiatri/speciallæge |  |
| \*Psykologisk undersøgelsesrapport / PPR-rapport |  |
| Øvrige undersøgelsesrapporter (sensorisk profil, fysioterapeut, ergoterapeut, etc.) |  |
| Skoleudtalelser |  |
| Øvrige relevante | (skriv hvilke) |

## **Baggrundsoplysninger på borger:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Boform og Støttegrad** (bor hos forældre, i egen lejl., i opgangsfællesskab, i botilbud) |  | | |
| **Beskæftigelse** (Job, skole, praktik, STU, ressourceafklaring) |  | Hvor mange timer/ % fremmøde? |  |
| **Ernæringsform** (Lønindkomst, SU, kontanthjælp, dagpenge, sygedagpenge) |  | | |
| **Øvrige involverede** (fx sagsbehandler, psykiatri, psykolog, terapeut, bostøtte, støttekontaktperson, mentor, osv.) |  | | |

|  |
| --- |
| Samtykkeerklæring og behandling af persondata  Henvender giver hermed samtykke til, at medsendte oplysninger må anvendes af  Autismecenter Nord-Bo / Viden & Udvikling, i forbindelse med udførelse af den bestilte ydelse.  Henvender har samtykke fra borger og/eller dennes værge / forældre (børn og unge under 18 år) til at vi må anvende oplysningerne.  Borgeren og/eller dennes værge / forældre (børn og unge under 18 år) kan til enhver tid tilbagetrække samtykke, og i den forbindelse bede om at få oplysninger slettet.  Oplysninger på borger slettes efter endt forløb.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Henvenders underskrift |