# 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**

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 persondataHenvender 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 |