

# Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: [pissassarfik@nanoq.gl](mailto:pissassarfik@nanoq.gl)



## Oplysninger om borger

Navn	
Cpr.nr	
Mobil	
Mail	
By/bygd	

Diagnose <b>SKAL</b> udfyldes	
Sprog	<input type="checkbox"/> Borgeren taler primært grønlandsk i dagligdagen <input type="checkbox"/> Borgeren taler primært dansk i dagligdagen <input type="checkbox"/> Borgeren taler både grønlandsk og dansk i dagligdagen
Alternativ kontaktperson eller værge	Navn: Relation til borger: Mobil/mail:
Særlige hensyn hjælpemidler f.eks. kørestol <sup>A</sup>	<input type="checkbox"/> Allergi - hvilke: <input type="checkbox"/> Andet:

## Oplysninger om støtte/ledsager (ved behov) <sup>B</sup>

Navn	
Cpr.nr.	
Mobil	
Mail	
Relation til borgeren	<input type="checkbox"/> Støtte/personale <input type="checkbox"/> Pårørende, forklar:
Allergi	<input type="checkbox"/> Hvilke:

## Oplysninger om støtte/ledsager 2. (ved særlige tilfælde)

Navn	
Cpr.nr.	
Mobil	
Mail	
Relation til borgeren	<input type="checkbox"/> Støtte/personale <input type="checkbox"/> Pårørende, forklar:
Allergi	<input type="checkbox"/> Hvilke:

## Formål med ophold på Pissassarfik

Henvisningsårsag Udfordringer i hverdagen <sup>C</sup>	<input type="checkbox"/> Fysiske og motoriske udfordringer Hvilke:
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

# Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: [pissassarfik@nanoq.gl](mailto:pissassarfik@nanoq.gl)



Afkrydsede felter <b>SKAL</b> uddybes	<input type="checkbox"/> Mund og svælg udfordringer Hvilke: <input type="checkbox"/> Pædagogiske udfordringer Hvilke: <input type="checkbox"/> Kognitive udfordringer Hvilke: <input type="checkbox"/> Andet:
Formål med forløbet <sup>D</sup> Målsætning <b>SKAL</b> udfyldes	1. 2. 3.
Kognitiv tilstand <sup>E</sup>	<input type="checkbox"/> Borgeren forstår instruktioner Uddyb: <input type="checkbox"/> Borgeren er udadreagerende Uddyb: <input type="checkbox"/> Borgeren har forståelse for egen formåen Uddyb:
Afhængighed/misbrug	<input type="checkbox"/> Rusmidler (alkohol, hash m.m.) Uddyb:

## Relevante udtalelser

Udtalelse/notat Relevante udtalelser skal vedlægges.	<input type="checkbox"/> Terapeut -fysioterapeut eller ergoterapeut <input type="checkbox"/> Psykolog eller psykoterapeut <input type="checkbox"/> MISI-indstilling eller notat <input type="checkbox"/> Beskrivelse af eventuelle hjælpemidler <input type="checkbox"/> Pædagogisk handleplan (døgninstitution/daginstitution) <input type="checkbox"/> Talepædagog <input type="checkbox"/> Andet:
---------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: [pissassarfik@nanoq.gl](mailto:pissassarfik@nanoq.gl)



## Sagsbehandler

Visiterende kommune by/bygd	
Navn	
Telefon	
Mail	
Anden visiterende kommune by/bygd	
Navn	
Telefon	
Mail	

## Følgende nødvendige dokumenter og oplysninger skal med

- Samtykkeerklæring fra borgeren, tilladelse til at Kommunen og Pissassarfik kan forveksle oplysninger om borgeren
- Kommunal handleplan
- Lægenotat

Jeg bekræfter hermed at jeg er indforstået med forløbet og er motiveret og engageret til et forløb på Pissassarfik

Dato, Borger/værges underskrift	Dato, Forældre/værges underskrift
------------------------------------	--------------------------------------

Jeg bekræfter hermed at vejledningen er gennemlæst og information er givet videre til borgeren

Dato, Sagsbehandlerens underskrift
---------------------------------------

## Afdelingens oplysninger\*

Afdelingsleders navn	
Telefon	
Mail	
Afdelingens officiel mail	

\*Skal udfyldes

**Ved manglende udfyldelse kan sagen ikke behandles af Pissassarfik**