



Tilvísun í fíknimeðferð
Göngudeild fíknimeðferðar
Geðsvið Landspítalans við Hringbraut 101 Reykjavík
Sími 543-4050 email: fiknimedferd@landspitali.is

Nafn		Kennitala	Símar
Heimilisfang		Póstnúmer	Sveitarfélag
Vímuefnaneysla síðustu 30 daga (þ.e. hvaða vímugjafar, magn á sólarhring og tímallengd neyslu)			
Saga um krampa , deleríum tremens eða geðrofseinkenni (hvar, hvenær og hvernig meðhöndlað)			
Fyrri meðferðir og tímabil án vímuefna			
Grunur um aðra geðsjúkdóma (t.d. kvíðaröskun, þunglyndi, geðhvarfasýki, geðklofa eða persónuleikaraskanir; nánari lýsing)			
Væntingar sjúklings (t.d. hvernig aðstoð telur hann sig þurfa)			
Þjónusta sem beðið er um: <input type="checkbox"/> Stuðningsviðtal <input type="checkbox"/> Dagmeðferð/Teigur <input type="checkbox"/> Innlögn 33A <input type="checkbox"/> Fráhvarfsmeðferð í göngudeild <input type="checkbox"/> Greiningarviðtal <input type="checkbox"/> Stuðningshópur <input type="checkbox"/> Aðstandenda námskeið <input type="checkbox"/> Annað _____			
Húsnæðisstaða (þ.e. húsnæðislaus, leiguíbúð, eigin íbúð, sambýli)		Atvinnustaða (þ.e. vinnandi, atvinnulaus, örorka, framfærslustyrkur)	
Félagsstaða (þ.e. giftur, sambúð, fráskilin, ógiftur, heimilishagir)		Börn (þ.e. fjöldi, aldur, hver hugsar um, aðkoma barnaverndar)	
Annað sem tilvísandi vill taka fram			
Nafn heimilislæknis		Aðrir meðferðaraðilar (t.d. geðlæknir, sálfræðingur, félagsráðgjafi)	
Nafn tilvísanda		_____	
Starfsheiti		Undirskrift tilvísanda	
Vinnustaður		_____	
Símar	Netfang	Undirskrift sjúklings	
Afgreiðsla teymisfundar fíknigeðdeilda (fyllist út af starfsfólki fíknigeðdeildar)			