**Beiðni um þjónustu í DAM-teymi Landspítala**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nafn:*** | ***Kennitala:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Heimilisfang:*** | ***Póstnúmer:*** ***Staður:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Heimasími/GSM/vinnusími:*** | ***Netfang:*** |

|  |
| --- |
| ***Nafn aðstandanda:******Sími:***  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nafn tilvísanda:******Sími:***  | ***Aðsetur:******Netfang:*** |

**Almennar upplýsingar** (hjúskaparstaða, búseta, börn á framfæri , framfærsla (t.d. nám, vinna, örorka, endurhæfingarlífeyrir), náms- og atvinnusaga, félagsstaða?

|  |
| --- |
|  |

**Sjúkdómsgreiningar og geðsaga** (geðgreiningar, þekktir geðsjúkdómar í ættum, þekkt áfallasaga?)

|  |
| --- |
|  |

**Meðferðarsaga (**tilgreinið hvaða meðferð hefur verið reynd, lengd og tímabil**)**

|  |
| --- |
|  |

**Heilsufarssaga** (Líkamleg vandamál, lyfjalisti. Heilsuhegðun: svefn, matarhegðun, hreyfing)

|  |
| --- |
|  |

**Áfengis-og vímefnanotkun: Já 🞎 Nei 🞎 ekki þekkt 🞎**

**Ef já, nánar** (vímuefni og meðferðarsaga, edrútími)

|  |
| --- |
|  |

**Hverjar eru ástæður tilvísuna,?**

|  |
| --- |
|  |

**Hver er megin vandi og einkenni í dag?**

|  |
| --- |
|  |

**Væntingar sjúklings**

|  |
| --- |
|  |

**Er önnur meðferð/endurhæfing fyrirhuguð eða hafin? Já 🞎 Nei 🞎**

**Ef já, nánar (**upphaf, innihald, áætluð lok)

**Útilokunarskilyrði fyrir meðferð**

Virk neysla (áfengi og eða önnur vímuefni).

Geðrof

Íslenskukunnátta ekki til staðar

**Forkrafa**

Skimun ef grunur er um ADHD

*Annað sem þú vilt koma á framfæri*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Undirskrift og stimpill læknis:***  | ***Dagsetning:*** |

**Beiðni sendist til Inntökustjóra, göngudeild geðsviðs LSH, Hringbraut, 101 Reykjavík**

**Ófullnægjandi beiðni verður endursend**