



HEILBRIGÐISSTOFNUN
SUÐURLANDS

Umsókn til Geðheilsuteymis HSU

Dagsetning: _____

Starfsstöð: _____

Persónuupplýsingar

Kennitala: _____

Nafn: _____

Heimilisfang: _____

Heimasími: _____ Gsm: _____

Nánasti aðstandandi: _____

Búseta:

Eigið húsnæði:

Leiguhúsnæði:

Annað: _____

Tilvísandi

Nafn: _____

Vinnustaður: _____

Starfsheiti: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Heimilislæknir: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Geðlæknir: _____

Sími: _____ Netfang: _____

Stutt geðsaga:

Sjúkdómsgreiningar:

Fær umsækjandi þjónustu annars staðar frá, t.d. frá heilsugæslu eða öðrum meðferðaraðilum eða stofnunum:

Ástæða umsóknar; Lýsing á stöðu umsækjanda eins og hún er í dag og hvaða þjónustu er óskað af Geðheilsuteymi HSU:

Hvaða meðferðarúrræði hafa þegar verið reynd:

Hefur umsækjandi dvalið á geðdeild? Ef svo er, hvar og hvenær (fjöldi skipta)?

Hefur umsækjandi sýnt ofbeldishegðun gagnvart sjálfum sér og/eða öðrum? Ef svo er, hvar, hvenær og hvernig?

Líkamlegt ástand/Almennt heilsufar:

Lyfjanotkun; Hvaða lyf, afhendingarmáti, skömmtun, o.frv.:

Annað sem umsækjandi vill að komi fram:

Umsækjandi er beðinn um að skrifa undir eftirfarandi (tilvísandi má undirrita fyrir hönd viðkomanda með upplýstu leyfi):

Umsækjandi er beðinn um að skrifa undir eftirfarandi:
Ég undirritaður/undirrituð samþykki að sótt sé um þjónustu Geðheilsuteymis HSU.

Undirskrift: _____

Sendið undirskrifað eyðublað í **ábyrgðarpósti** til:

Geðheilsuteymi HSU
v. Árveg
800 Selfoss