

Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: pissassarfik@nanoq.gl



Oplysninger om borger

Navn	
Cpr.nr	
Mobil	
Mail	
By/bygd	

Diagnose SKAL udfyldes	
Sprog	☐ Borgeren taler primært grønlandsk i dagligdagen ☐ Borgeren taler primært dansk i dagligdagen ☐ Borgeren taler både grønlandsk og dansk i dagligdagen
Alternativ kontaktperson eller værge	Navn: Relation til borger: Mobil/mail:
Særlige hensyn hjælpemidler f.eks. kørestol	^A ☐ Allergi - hvilke: ☐ Andet:

Oplysninger om støtte/ledsager (ved behov) ^B

Navn	
Cpr.nr.	
Mobil	
Mail	
Relation til borgeren	☐ Støtte/personale ☐ Pårørende, forklar:
Allergi	☐ Hvilke:

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

Navn	
Cpr.nr.	
Mobil	
Mail	
Relation til borgeren	☐ Støtte/personale ☐ Pårørende, forklar:
Allergi	☐ Hvilke:

Formål med ophold på Pissassarfik

Henvisningsårsag Udfordringer i hverdagen	^C ☐ Fysiske og motoriske udfordringer Hvilke:
--	--

Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: pissassarfik@nanoq.gl



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

Relevante udtalelser

Udtalelse/notat Relevante udtalelser skal vedlægges.	☐ Terapeut -fysioterapeut eller ergoterapeut ☐ Psykolog eller psykoterapeut ☐ MISI-indstilling eller notat ☐ Beskrivelse af eventuelle hjælpemidler ☐ Pædagogisk handleplan (døgninstitution/daginstitution) ☐ Talepædagog ☐ Andet:
---	--

Henvisningsformular til forløb på Pissassarfik

Sendes til: 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,	Dato,
Borger/værges underskrift	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