|  |  |
| --- | --- |
| Henvisningsdiagnose |  |
| Kontaktoplysninger på pårørende | Navn: Telefonnummer:Relation: |
| Indhentet samtykke til at pårørende må kontaktes | Ja Nej |
| Resumé af sygehistorie (debut, forløb, varighed) |  |
| Tidligere og nuværende somatisk og psykisk sygdom |  |
| Aktuelle funktionsniveau i dagligdagen |  |
| Blodprøvesvar Aktuelle faste medicin |  |
| Alkoholforbrug (tidligere og aktuelt, hvis misbrug, hvornår ophørt?) |  |
| CT-skanning foretaget eller bestilt (Hvis privat udbyder beskrivelse medsendes) |   Nej Ja offentligt Ja privat Hvor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Resultat af MMSE eller lignende kognitiv test |  |

Bemærk - hvis et eller flere af ovenstående felter er mangelfuldt udfyldt returneres henvisningen administrativt