



**Umsókn til  
Geðheilsustöðvar Breiðholts/Geðteymi**

Álfabakka 16, 109 Reykjavík  
Sími: 411-9600 Fax: 411-9699  
heima@reykjavik.is

Dagsetning: \_\_\_\_\_

**Persónuupplýsingar**

Kennitala: \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Heimasími: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_

Nánasti aðstandandi: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

**Búseta**

Eigið húsnæði:

Leiguhúsnæði:

Annað: \_\_\_\_\_

**Tilvísandi**

Nafn: \_\_\_\_\_ Vinnustaður: \_\_\_\_\_

Starfsheiti: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Heimilislæknir: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Geðlæknir: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Aðrir læknar eða meðferðaaðilar:

\_\_\_\_\_

Sjúkdómsgreiningar:

\_\_\_\_\_

Ef hægt er ICD – tímaröð:

\_\_\_\_\_

Ástæða umsóknar:

\_\_\_\_\_

Stutt geðsaga:

---

Hverjar eru óskir skjólstæðings varðandi þjónustuna / hvaða þætti ætti geðteymið að vinna með:

---

Hvaða meðferðarúrræði hafa verið reynd?

---

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

---

Hefur notandi sýnt ofbeldishegðun og þá hvernig?

---

Líkamlegt ástand:

---

Vitræn færni:

---

Lyf:

---

Eru lyfin tekin reglulega?\_\_\_\_\_ Skömmtun?\_\_\_\_\_ Hvaðan?\_\_\_\_\_

Fær notandi þjónustu frá Þjónustumiðstöð, Heilsugæslunni, öðrum meðferðaraðilum eða stofnunum?

Notandi er beðinn um að skrifa undir eftirfarandi :

- Ég undirrituð/aður samþykki að sótt sé um þjónustu Geðteymis Geðheilsustöðvar Breiðholts (samþætt þjónusta geðteymis og Þjónustumiðstöðvar Breiðholts).
- Ég undirrituð/aður samþykki að sótt sé um þjónustu geðteymis.

Undirskrift:\_\_\_\_\_