



LANDSPÍTALI

Tilvísun í meðferð til átröskunarteymis Landspítala

Inntökuteymi meðferðareiningar lyndisraskana

Geðþjónusta Landspítala
Hringbraut
101 Reykjavík

Tilvisandi:	Starf:	
Stofnun/fyrirtæki:	Sími:	Netfang:

Nafn sjúklings:	kt.:	
Heimilisfang:	Sveitafélag:	Póstnr.:
Sími/vinnusími:	Netfang:	
Heimilislæknir:		

Sjúkdómsgreining/heilsufarsvandi

<i>Almennar upplýsingar (hjúskaparstaða, búseta, börn á framfæri, framfærsla)</i>
<i>Ástæða tilvísunar (hvers vegna er óskað eftir aðkomu geðþjónustu Landspítala?)</i>
<i>Lýsing á átröskunareinkennum (svelti, átköst, uppköst eða önnur losunarhegðun, hversu oft í viku) og hvernig þau trufla viðkomandi:</i>
<i>Hæð og þyngd:</i>
<i>Þyngdabreytingar undanfarna mánuði:</i>
<i>Rannsóknarniðurstöður sem skipta máli (t.d. blóðprufur):</i>
<i>Samhliða geðvandi:</i>
<i>Lyf:</i>
<i>Áfengis- og vímuefnaneysla:</i>
<i>Hvaða meðferð er búið að reyna?</i>

Bókasími LSH/SS091009

Undirskrift tilvísanda/dagsetning:

.....