



LANDSPÍTALI

## Tilvísun í meðferð til áfallateymis Landspítala

### Inntökuteymi meðferðareiningar lyndisraskana

Geðþjónusta Landspítala  
Hringbraut  
101 Reykjavík

Tilvísandi:	Starf:	
Stofnun/fyrirtæki:	Sími:	Netfang:

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

### Sjúkdómsgreining/heilsufarsvandi

*Almennar upplýsingar (hjúskaparstaða, búseta, börn á framfæri, framfærsla)*

*Ástæða tilvísunar (hvers vegna er óskað eftir aðkomu geðþjónustu Landspítala?)*

*Áfallasaga*

*Lýsing á núverandi virkum áfallastreitueinkennum og út frá hvaða áfalli þau eru:*

*Niðurstöður sjálfsmatskvarða ef þeir voru notaðir (t.d. PCL-5 en láta koma fram út frá hvaða áfalli listanum var svarað):*

*Truflun sem áfallastreitueinkennin valda:*

*Samhliða geðvandi:*

*Lyf:*

*Áfengis- og vímuefnaneysla:*

*Hvaða meðferð er búð að reyna?*

Undirskrift tilvísanda/dagsetning:

.....