Afdeling for Psykiatri Handikap**Autismecenter Storstrøm  
Bestilling af psykologforløb   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bestiller: Dato: / 20\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Kommune: | Adresse: |
| Afdeling: | Sikker mail: |
| Sagsbehandler: | Telefon: |
| EAN nr. | CVR nr. |

**Opgave:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtaler med:**  **🞎** Borger med ASF **🞎** Pårørende  **🞎** Fagperson | Antal timer: |
| **🞎** Kørsel (statens højeste takst) |  |

**Borger / klient:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Adresse: |
| Cpr.nr. | Mobiltelefon: |
| **🞎** Borger / klient kontaktes via værge / pårørende / institution | **Hvis ja:** udfyld nedenstående felter. |

**Værge / pårørende / institution:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn / institution: | **🞎** Værge **🞎** Pårørende **🞎** Institution |
| Cpr.nr.: | Adresse: |
| Mobiltelefon: | Sikker mail: |

**Beskriv ønsket indsats/problemstillinger, der ønskes behandlet:**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Bemærk:** Skema modtages *kun* via sikker mail [autismecenter@vordingborg.dk](mailto:autismecenter@vordingborg.dk)