

Skjemanavn*	Pasient	Behandler	Basis inntak	Basis evaluering	Basis slutt	DFH inntak	DFH evaluering	DFH slutt	Ny kurs inntak	Ny kurs evaluering	Ny kurs slutt
Samtykke	X		X			X			X		
Selvutfyllingsskjema**	X		X			X			X		
Pasientadministrative opplysninger	X	X	X			X			X		
Avslutningsskjema**		X			X			X			X
Diagnoser (hoved og bidiagnoser)			X			X			X		
AUDIT	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
CISS-21	X					X		X			
DEERS-18	X					X		X			
DUDIT	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
FIS	X					X		X			
HASI	X		X			X			X		
MACE	X		X			X			X		
MINI		X	X			X			X		
Paraphilias Scale	X					X			X		
PasOpp	X				X			X			X
RSES	X					X		X			
SAPROF-SO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SCID-5-PF	X		X			X			X		
SESM-C	X					X		X			
SES-SFP	X					X			X		
SGAS		X		X	X		X	X		X	X
SRS/ORS	X			X	X		X	X		X	X
SSRQ	X					X		X			
UCLS	X					X		X			
VRS:SO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
WHOQoL-BREF	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

*Se forkortelser under

**Se variabler under

*Skjema	Fullt navn
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CISS-21	Coping Inventory for Stressful Situations
DEERS-18	Difficulties in Emotion Regulation Scale
DUDIT	Drug Use Disorder Identification Test
FIS	Fear of Intimacy Scale
HASI	Hayes Ability Screening Index
MACE	Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale
MINI	The Mini-International Neuropsychiatric Interview
PasOpp	PasientOpplevelser
RSES	Revised Self-Efficacy Scale
SAPROF-SO	Structured Assessment of Protective Factors for Sex Offending
SCID-5-PF	The Structured Clinical Interview for DSM-5 - personlighetsforstyrrelser
SESM-C	Self-Efficacy Scale related to Minors - Coping
SES-SFP	Sexual Experiences Survey-Short Form Perpetration
SGAS	Standard Goal Attainment Scaling for Sex Offenders
SRS/ORS	Social Responsive Scale/Outcome Rating Scale
SSRQ	Short Self-Regulation Questionnaire
UCLS	University of California Loneliness Scale
VRS:SO	Violence Risk Scale: Sexual Offenders
WHOQoL-BREF	World Health Organization - Quality of Life kortversjon

****Selvutfyllingsskjema**

Fornavn, mellomnavn

Etternavn

Adresse

Fødselsdato

Mobiltlf/tlf

Ønske om sms-påminning til time

Navn på fastlege

Tilhørende legesenter

Pårørende

Slektskap

Fødselsdato

Tlf

Hak av for om de er hovedpårørende og om de kan bli informert

Jeg er informert om at jeg må avlyse timer innen 24 timer før for å unngå gebyr

Har du tilgang til å motta post digitalt?

Kan vi sende fysisk post til din folkeregistrert adresse?

Hva er din opplevde kjønnsideitet?

Hvor er du født (land)?

Alder ved ankomst til Norge (hvis aktuelt)

Hva er morsmålet ditt?

Hvem bodde du hovedsakelig med frem til du var 18 år?

Hvor mange ganger har du flyttet til et nytt sted (før og etter fylte 16 år)?

Sivilstand

Samlivsstatus

Antall barn

Bor du sammen med eller har du omsorg for andres eller egne barn under 18 år?

Hvis ja; hvilken type relasjon er det (kun Oslo)

Hvordan er din nåværende bosituasjon?

Hovedinntektskilde (kun Oslo)

Hva gjør du til daglig?

Har du tidligere hatt et sammenhengende arbeidsforhold (minst 50% stilling) som har vart i mer enn 6 måneder?

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Har du noen gang slått hodet ditt slik at du ble innlagt på sykehus, mistet bevisstheten i mer enn 10 minutter, mistet hukommelsen i mer enn 30 minutter?

Hvor gammel var du da dette skjedde?

Er du høyre- eller venstrehendt?

Har du tidligere forsøkt å få helsehjelp for seksualrelatert problematikk?

Har du tidligere fått helsehjelp for seksualrelatert problematikk?

****Avslutningsskjema**

Type seksualovergrep

Avslutningskode

Oppfølging

Antall terapisaamtaler

Dato 1. samtale

Dato avslutningssamtale

Diagnose (hvis endret etter inntaksvurd)