

Psykisk helseteam for barn, unge og familiar
Valderhaug 4
6050 Valderøya

Førespurnad til psykisk helseteam for barn, unge og familiar (0-18 år)

Førespurnaden gjeld:		
Førenamn, mellomnamn:	Etternamn:	F. dato:
Adresse:	Postnummer:	Poststad:
Telefonnummer (fra 16 år):	E-postadresse (fra 16 år):	Nasjonalitet:/morsmål:
Barnets/ungdommens fastlege:		
Faste medisinar barnet/ungdommen tek:		

Informasjon om kven som har fylt ut skjemaet:	
Namn:	Instans:
Adresse:	Postnummer/poststad:
Telefonnummer:	E-post adresse:

Informasjon om omsorgsperson 1:		
Fornamn, mellomnamn:	Etternamn:	Telefonnummer:
Adresse:	Postnummer:	Poststad:
Adresse:	Postnummer:	Poststad:
Nasjonalitet/morsmål:		



Informasjon om omsorgsperson 2:		
Fornamn, mellomnamn:	Etternamn:	Telefonnummer:
Adresse:	Postnummer:	Poststad:
Adresse:	Postnummer:	Poststad:
Nasjonalitet/morsmål:		

Omsorgssituasjon/foreldreansvar:
Bor hos: <input type="checkbox"/> begge <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> andre kven:
Foreldreansvar: <input type="checkbox"/> begge <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> mor
Antall og alder på søsken:

Informasjon om barnehage/skole:	
Namn på barnehage/skole:	Kontaktperson:
Telefonnummer kontaktperson:	E-post adresse kontaktperson:

Bakgrunn for førespurnad:	
<input type="checkbox"/> Tristhet	<input type="checkbox"/> Belastande hending
<input type="checkbox"/> Engstelse/bekymring	<input type="checkbox"/> Anna
<input type="checkbox"/> Foreldrerettleiing	

Skildring av vanskane og varigheit:



Opplevinga og bekymringane til barnet/ ungdommen:

Belastningar (for eksempel tap av nære relasjonar, skilsmisse, dødsfall, konflikhtar i heimen, sjukdom, mobbing, vald/ overgrep eller liknande):

Kva ønskjer de hjelp til:

Skildring av barnet/ungdommen:

Sterke sider:

Interesser og fritidsaktivitetar:

Venerasjonar:

Trivsel i heim:

Trivsel i barnehage/skole:

Tiltak som er prøvd tidlegare:

Helsestasjon

Kontaktperson:

Barnevern

Kontaktperson:

PPT

Kontaktperson:



<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetenesten (BUP, habiliteringstjenesta)	Kontaktperson:
<input type="checkbox"/> Inkluderingssteam i skolen/barnehage	Kontaktperson:
<input type="checkbox"/> Oppfølging av fastlege	Kontaktperson:
Annet (vennlegast beskriv):	Kontaktperson:

Samtykke:	
Vi treng samtykke frå foreldre/føresette for å kunna vurdere førespurnaden og følgja opp barnet/ungdommen/familien. Vi ønskjer at begge foreldre med foreldreansvar samtykkjer. Ungdom over 16 år må sjølv samtykke.	
<input type="checkbox"/> Eg/vi samtykkjer til at denne førespurnaden blir send til psykisk helseteam	
<input type="checkbox"/> Eg/vi samtykkjer til at personopplysningane i dette skjemaet blir i samsvar med oppbevarte journalforskrifta	
Sted/dato	Underskrift omsorgsperson 1
Sted/dato	Underskrift omsorgsperson 2
Sted/dato	Underskrift ungdom fra 16 år