



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"/> Foreldrereettleiing	

Skildring av vanskane og varigheit:
-------------------------------------



Opplevinga og bekymringane til barnet/ ungdommen:

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

Kva ønskjer de hjelp til:

**Skildring av barnet/ungdommen:**

Sterke sider:

Interesser og fritidsaktivitetar:

Vennerelasjoner:

Trivsel i heim:

Trivsel i barnehage/skole:

**Kontakt med andre hjelpetenester (gjeld både pågåande og avsluttande kontakt):**

Psykisk helseteam for barn, unge og familiar

Kontaktperson:

Telf:

Helsestasjon

Kontaktperson:

Telf:



<input type="checkbox"/> Barnevern	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> PPT	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetenesten (BUP, habiliteringstjenesta)	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> Inkluderingssteam i skolen/barnehage	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> Oppfølging av fastlege	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> Psykisk helse og rusteneste	Kontaktperson:	Telf:
<input type="checkbox"/> Annet (vennlegast beskriv):	Kontaktperson:	Telf:

Skildring av tilbudet frå annan hjelpeteneste og evt nytte av tiltak:

Nytte av at hjelpetjeneste deltar i oppstart av kontakten med Psykisk helseteam?:

Kven:

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.

Eg/vi samtykkjer til at denne førespurnaden blir send til psykisk helseteam

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 frå 16 år