



Stempel



Privat innmelder

Offentlig innmelder

Journalnr.
Dato

# Meldingskjema

Barnet			
Navn (etternavn, fornavn, mellomnavn)		Fødselsnr.	
Adresse		Postnr.	Poststed
Kjønn <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Statsborgerskap <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet	- spes	
Språk <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet		- spes	

Foreldre			
Mor:	Navn	Fødselsnr.	
	Adresse	Postnr.	Poststed
	Fødeland	Språk <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet	
Far:	Navn	Fødselsnr.	
	Adresse	Postnr.	Poststed
	Fødeland	Språk <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet	

Meldingsinstans	
Navn	Telefon
Adresse	Postnr. Poststed
Kontaktperson	
<input type="checkbox"/> Anonym (gjelder privat innmelder)	Arsak til ønske om anonymitet
Forhold (ev. slektskap) til barnet/familien	

Henvendelse			
<input type="checkbox"/> Omsorgssvikt/mishandling	<input type="checkbox"/> Forholdene i hjemmet, særlige behov	<input type="checkbox"/> Adferdsavvik hos barnet	<input type="checkbox"/> Annet
Utdypende redegjørelse			
Når ble forholdene observert?			
Hva har innmelder gjort i saken?			
Hvem er det henvist til?			

Henvendelse (forts.)				
Bekymringen tatt opp med:	Barnet	Foreldrene	Andre	Hvis ja, med hvem?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er foreldrene kjent med at barneverntjenesten varsles?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Ved muntlig henvendelse	Ble meldingen lest opp og godkjent av melderer?		Ble melder orientert om videre saksgang (barneverntjenestens arbeidsmåte), lovgrunnlag, taushetsplikt m.m.?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, dato?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Dato og innmelders underskrift	Dato	Underskrift		

## FOR BARNEVERNTJENESTEN: (SSB-data)

Melding			
Henvendelse mottatt:	Mottatt av (sign)	Fordelt saksbehandler	Hvis ja, navn?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
	Henvendelsens form	- spes	
	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Møte <input type="checkbox"/> Annet		
Dato for mottak:	Dag, mnd., år		

Konklusjon	
Dato for avsluttet gjennomgang	Dag, mnd., år

Evt. andre opplysninger