**HENVENDELSESSKJEMA TIL**

**PSYKISK HELSETEAM BARN OG UNGE (PHBU)**

**For å best kunne bistå, ønsker vi så utfyllende og konkrete opplysninger som mulig. Henvendelsesskjemaet kan fylles ut for hånd eller PC. Tilleggsopplysninger kan vedlegges på eget ark.**

**Av hensyn til personvern, sendes henvendelsen per post (Postboks 205, 3401 Lier) eller leveres til Lierbyen helsestasjon (Heggveien 2, 3403 Lier), eventuelt direkte til helsesøster.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet/ungdommen** | | | | | |
| Navn: | | | | Fødselsdato: | |
| Tlf: | | | | Skole: | |
| Fastlege: | | | | Signatur (hvis over 16 år): | |
| **Opplysninger om foresatte/søsken/andre viktige personer:** | | | | | |
| Foresatt 1(navn/tlf): | |  | | | |
| Foresatt 2 (navn/tlf): | |  | | | |
| Søsken:  (alder/kjønn) |  | | | | |
| Andre viktige personer i barnets liv: | | |  | | |
| Har de/den som har foreldreansvaret samtykket til henvendelsen? | | | | Foresatt 1  Foresatt 2 | ja nei  ja nei |
| **Hva ønsker du/dere hjelp til?**  Årsak til henvendelse, særskilte forhold i familie, skole, sosial fungering m.m. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Kort om barnet:**  Styrker/ressurser, interesser, m.m. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Hva har vært forsøkt så langt/ eventuelt hvilke tiltak er satt i gang?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Hva har effekten vært av det som er forsøkt/ effekt av eventuelle tiltak?**  Hva har vært nyttig/unyttig? | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Har det vært, eller er det, kontakt med andre instanser i hjelpeapparatet?** | | | |
|  | Ja / Nei / Tidligere | Periode / Varighet | Kontaktperson |
| Helsesøster |  |  |  |
| PP-tjenesten |  |  |  |
| Fastlege |  |  |  |
| BUP |  |  |  |
| Familievernkontoret |  |  |  |
| Barneverntjenesten |  |  |  |
| Andre? |  |  |  |
| Tilleggsinformasjon (bakgrunn for kontakt, ved avslag på overnevnte - begrunnelse på avslag): | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Det åpnes for samarbeid med (sett kryss)** | Ja | Nei |  | **Henvendelsen kommer fra:** |
| Helsesøster |  |  |  | Navn: |
| Fastlege |  |  |  | Rolle: |
| Skole |  |  |  | Tlf: |
| PP-tjenesten |  |  |  | Dato: |
| Andre: |  |  |  | Signatur: |

|  |  |
| --- | --- |
| **For Psykisk helseteam for barn og unge (PHBU)** | |
| Mottatt dato: | Fordelt dato: |
| Signatur: | Ansvarlig: |