



# Henvendelse til psykologtjenester i familiesentrene

Utfylt skjema sendes til : Psykologtjenester og selektive tiltak, Pb 2020, 3255 Larvik

Skjemaet er utfylt av \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Relasjon til barn/familie \_\_\_\_\_



<b>Barn/ungdom:</b>	Navn	_____	Født	_____
	Adresse	_____	Tlf	_____
	Barnehage/skole	_____		

<b>Mor:</b>	Navn	_____	
	Adresse	_____	Tlf _____

<b>Far:</b>	Navn	_____	_____
	Adresse	_____	Tlf _____

Foreldreansvar felles  mor  far

Fast bosted felles  mor  \_\_\_\_\_% far  \_\_\_\_\_%

*For barn under 16 år kreves det samtykke fra foresatte med foreldreansvar.*

*Samtykke foreligger fra mor  og far , og/eller fra ungdom over 16*

Søsken (navn/alder): \_\_\_\_\_

Andre omsorgspersoner \_\_\_\_\_

**Presentert problem:**

Vennligst fyll ut baksiden.

**Hvor lenge har vanskene / problemet vært til stede?**

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Blir barnet / ungdommen selv forstyrret eller plaget av vanskene?**

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Påvirker vanskene barnets / ungdommens dagligliv på noen av de følgende områder?**

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ønsket bistand:****Andre involverte:**

	Involvert i saken	Aktuell samarbeidspartner	Samtykke foreligger	Navn
B.hage/skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PP-tjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spes.helsetj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*For samarbeid med andre instanser og etater er det nødvendig med samtykke og det skal være nødvendig og relevant for den hjelpen som ytes. Foreldre/ungdommen skal være informert om hvilken informasjon som deles.*