



## Kontakt skjema for PHBUF

<b>Barn/ungdom:</b> _____ F.dato _____
Adresse: _____
Mobil: _____

<b>Mor/føresett:</b> _____ Mobil: _____
Adresse: _____
<b>Far/føresett:</b> _____ Mobil: _____
Adresse: _____
<b>Kven bur barnet/ungdommen saman med?</b>

<b>Barnehage/skule:</b> _____	Kontaktperson: _____
<b>Fastlege:</b> _____	
<b>Har barnet individuell plan:</b> _____	Koordinator: _____

<b>Eg/foresatte/ungdom samtykk til at den som henvisar får tilbakemelding om når kontakta har starta opp:</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI (gjelder når det er <u>andre</u> enn foresatte og ungdom som tek kontakt)
<b>Er det behov for tolk? :</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI Oppgje språk og eventuelt dialekt :
<b>Har det vært eller er barnet/familien i kontakt med andre tjenester</b> f.eks BUP, PPT, barnehabilitering, barneavdelingen (sykehuset), barnevern, familievernkontoret eller andre? : JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>



Viss Ja – beskriv innholdet i kontakta:

**Kva ønskjer barnet/ungdomen eller foreldra hjelp i forhold til?**

Bekymringar/angst \_\_\_\_\_

Nedstemtheit \_\_\_\_\_

Foreldrerolla \_\_\_\_\_

Relasjonar i familien \_\_\_\_\_

Kjensleregulering \_\_\_\_\_

Spiseproblematikk \_\_\_\_\_

Rus \_\_\_\_\_

Bearbeiding av hendelsar/traume \_\_\_\_\_

Kjønnsidentitet \_\_\_\_\_

Tvangstankar/handlingar \_\_\_\_\_

Mistanke om diagnose eller oppfølging etter utredning ved BUP \_\_\_\_\_

Anna: \_\_\_\_\_



GISKE KOMMUNE  
Eining barn, familie og helse

**Utfyllande informasjon:**

**Dato og signatur på henvisar:** \_\_\_\_\_



GISKE KOMMUNE  
Eining barn, familie og helse

