



Psykisk helseteam for barn, unge og familier
Valderhaug 4
6050 Valderøya

Kontakt skjema for PHBUF

Barn/ungdom: _____ F.dato _____
Adresse: _____
Mobil: _____

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

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

Eg/foresatte/ungdom samtykk til at den som henvisar får tilbakemelding om når kontakta har starta opp: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI (gjelder når f.eks henvisar er skule, helsesjukepleiar, barnevern, BUP, lege)
Er det behov for tolk? : <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Oppgje språk og eventuelt dialekt :



Har det vært eller er barnet/familien i kontakt med andre tjenester f.eks BUP, PPT, barnehabilitering, barneavdelingen (sykehuset), barnevern, familievernkontoret eller andre? : _____

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

Bekymringar/angst _____ Nedstemtheit _____

Ønske om foreldrerettleiing _____ Relasjonar i familien _____

Kjensleregulering _____ Spiseproblematikk _____

Rus _____ Bearbeiding av hendelsar/traume _____

Kjønnsidentitet _____ Tvangstankar/handlingar _____

Oppfølging etter utredning ved BUP _____

Anna: _____



GISKE KOMMUNE
Eining barn, familie og helse

Utfyllande informasjon:

Dato og signatur på henvisar: _____