

Kontakt skjema for PHBU

Barn/ungdom: _____ **Fødselsnummer:** _____

Adresse: _____

Mobil: _____

Mor/føresett: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Far/føresett: _____ Mobil: _____

Adresse: _____

Søsken og/eller andre viktige personar i barnet/ungdommen sitt liv?

Kven bur barnet/ungdommen saman med?

Barnehage/skule:

Kontaktperson:

Fastlege: _____

Andre tenester barnet/ungdommen/familien nyttar? Set kryss:

PPT

Barnevern

BUP

Familievernkontor

Fysioterapeut

Har barnet ansvarsgruppe/individuell plan?

Dersom JA, kontaktperson/koordinator:

Kva er grunnen til at barnet/ungdommen eller familien ønskjer kontakt med PHBU?

Angst

Depresjon

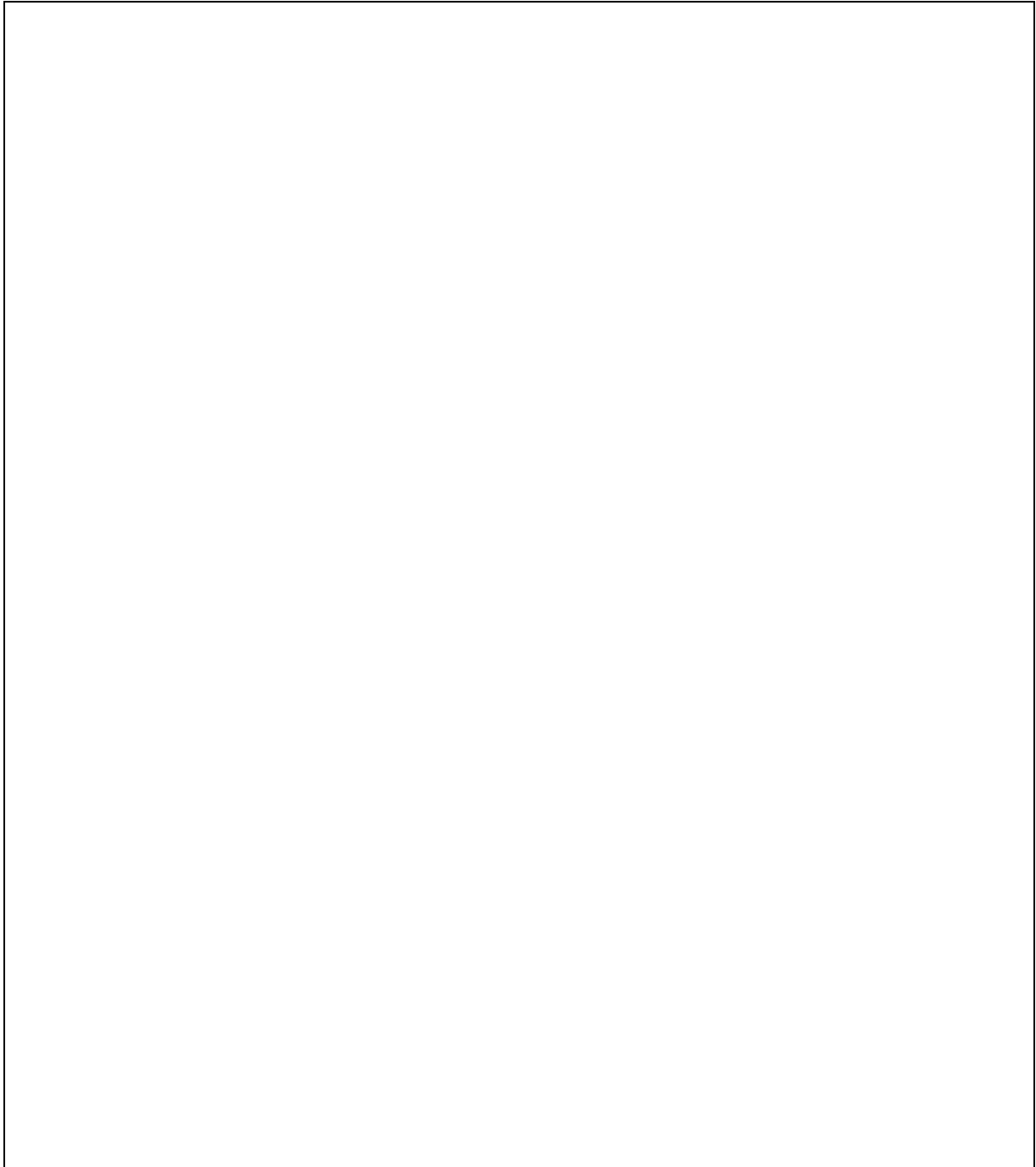
Adferdsvanskar

Familiære forhold

Sosiale forhold

Anna:

Utfyllande informasjon:



Dato og signatur av henvisar:

Empty rectangular box for date and signature.