



Dersom du har spørsmål om henvendelsen, kan du kontakte helsestasjonen v/ Familieteamet, tlf 67 07 38 90

Henvendelsen sendes til: Nittedal helsestasjon, familieteamet, Hellinga 8 B, 1481 Hagan

Besøksadresse: Hagan Atrium, Likollen 2, 1482 Hagan. Åpningstid: mandag - fredag kl. 09.00 - 15.00

Innen to uker vil du/dere få en tilbakemelding fra oss.

## Opplysninger om barnet/ungdommen

Navn		Adresse
Postnummer		Poststed
Kjønn <input type="radio"/> Gutt <input type="radio"/> Jente	Søsken? Oppgi gjerne kjønn og fødeselsår	Fødselsnummer
Skole / barnehage		Kontaktperson

## Foreldre /foresatte

Foresatt 1 navn	Adresse / telefon
Foresatt 2 navn	Adresse /telefon

Hvem har samtykket i henvendelsen:

Foresatt 1  
  Foresatt 2  
  Ingen

Hvem har foreldreansvaret

Foresatt 1  
  Foresatt 2  
  Begge

	Har barnet / ungdommen vært i kontakt med hjelpeapparatet tidligere	Er barnet / ungdommen i kontakt med hjelpeapparatet nå
Familievernkontor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsesøster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BUP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barnevernet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet (utdyp nedenfor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utdyp informasjonen (bakgrunn for kontakt, kontaktperson, varighet og effekt av tiltak)

## Opplysninger om oppvekstvilkår i hjemmet

	Ja	Nei	Vet ikke
Psykiske vansker / lidelser i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rusmisbruk i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidligere vold i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pågående vold i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omsorgssvikt i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samlivsbrudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dødsfall i familien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre alvorlige hendelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kryss av for aktuelle utfordringer / problemer barnet / ungdommen har					
	Ja	Nei	Mistanke	Vet ikke	Angi varighet på vansker, oppgi antall måneder
Rusproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Selvskading	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spiseforstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tristhet / sorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Konsentrasjons vansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adferdsvansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skolevegring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lærevansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sosialt tilbaketrukket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mobbing / vold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tvangshandlinger/-tanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Søvnvansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angst/uro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skriv utdypende informasjon om oppvekstvilkår og aktuelle utfordringer her - bruk eget ark dersom du ikke får plass i dette feltet.					
Styrker hos barnet / i familien					
<b>Henvender</b>					
Navn			Stilling		
Telefon			E-post		
Hva tror du barnet / ungdommen / foreldrene er i behov av?					
<b>For Familieteamet</b>					
Navn /signatur			Motatt dato		
Fordeling			Fordelt dato		