

HENVISNINGS-SKJEMA TIL PSYKOLOGISKE POLIKLINIKKER, NTNU



Henvises til:
 Psykologiske poliklinikker, NTNU
 Barn og unge
 Dragvoll
 7491 TRONDHEIM

Gjelder øyeblikkelig hjelp, innen 24 timer.

BARN/JUNGDOM SOM HENVISES:

Fornavn	Født	Pers.nr.	FYLLES UT AV POLIKL.	
Etternavn		Jente <input type="checkbox"/>	Gutt <input type="checkbox"/>	Saknr. <input type="text"/>
Adresse		Kommune		Inn dato: <input type="text"/>
Postadresse		Distrikt		Inntaker: <input type="text"/>
		Tlf.		Reinntak: <input type="text"/>

MOR/FORESATT (Adresse osv. fylles ut hvis ulikt det som er notert over)

Navn	Stilling	Født dato
Adresse	Relasjon	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fostermor	Tlf. jobb
	<input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Annet	

FAR/FORESATT (Adresse osv. fylles ut hvis ulikt det som er notert over)

Navn	Stilling	Født dato
Adresse	Relasjon	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterfar	Tlf. jobb
	<input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Annet	

PERSONOPPLYSNINGER FOR EVT. ANDRE OMSORGPERSONER

Navn	Tlf.
Adresse	Relasjon
Navn	Tlf.
Adresse	Relasjon

SØSKEN/HALVSØSKEN/ANDRE I FAMILIENS OMSØRG

Navn og fødselsår

SKOLE/BARNEHAGE (Fylles ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)

Navn skole/barnehage	Tlf.
Kontaktperson(er)	
Adresse	Postadr.

ETNISK TILHØRIGHET/HJEMMESPRÅK

Kryss av etnisk tilhørighet mor <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Asiatisk <input type="checkbox"/> Samisk <input type="checkbox"/> Afrikansk <input type="checkbox"/> Nordisk <input type="checkbox"/> Latin-Amerika <input type="checkbox"/> Europeisk <input type="checkbox"/> Nord-Amerika <input type="checkbox"/> Australia/Oseania	Kryss av etnisk tilhørighet far <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Asiatisk <input type="checkbox"/> Samisk <input type="checkbox"/> Afrikansk <input type="checkbox"/> Nordisk <input type="checkbox"/> Latin-Amerika <input type="checkbox"/> Europeisk <input type="checkbox"/> Nord-Amerika <input type="checkbox"/> Australia/Oseania	Sett kryss for hjemmespråk <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Tospråklig	Kryss av hvis det er behov for tolk <input type="checkbox"/> Behov for tolk
---	---	--	---

OMSØRGSSITUASJON (Oppgi hvem som har omsorgen for barnet)

Beskrivelse:	Hvem har foreldre-ansvaret? <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Andre, hvem: <input type="text"/>	Sett kryss for omsorgssituasjon <input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene <input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far <input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektef. <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre el. annen fam. <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem <input type="checkbox"/> Bor på institusjon <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Annet
--------------	---	--

Supplerende opplysninger:

Supplerende opplysninger:

HENVISNINGS-GRUNN (Velg inntil 3 henv.grunner fra hver liste. Sett den viktigste først. Skriv nummer i rutene).

Beskrivelse	Henvisningsgrunner barnet	Barnets miljø (Siste 6 mnd)
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 Autistiske trekk 2 Psykotiske trekk 3 Suicidalfare 4 Hemmet atferd 5 Angst/fobi 6 Tvangstrekk 7 Tristhet/depresjon/ sorgreaksjoner 8 Skolefravær 9 Atferdsvansker 10 Hyperaktiv/ konsentrasjonsvansker 11 Rusmiddelmisbruk 12 Asosialitet/kriminalitet 13 Lærevansker 14 Språk/talevansker 15 Syn/hørselsproblem 16 Spiseproblem 17 Andre somatiske symptomer 18 Annet 19 Ingen	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 Belastninger i familien 2 Belastninger i nærmiljø/ samfunn 3 Belastninger i skole/ barnehage 4 Akutte livshendelser 5 Belastende hendelser/ forhold som resultat av barnets egen forstyrrelse/ funksjonshemming 6 Ingen

SPESIFISERING AV OPPDRAG (Hensivers vurdering av hva Poliklinikken skal bidra med i saken)

Beskrivelse

HVEM ARBEIDER MED SAKEN (Oppgittligere unders/løsningsforøk og hvem som arb. med saken nå)

Beskrivelse	Barnevernets rolle	
	<input type="checkbox"/> Barnevernet arbeider ikke med saken <input type="checkbox"/> Rollen ikke fastlagt <input type="checkbox"/> Undersøkelser §4-3 <input type="checkbox"/> Hjelpetiltak §4-4 <input type="checkbox"/> Frivillig plassering §4-4	<input type="checkbox"/> Undersøkelse/behandling §4-10,4-11 <input type="checkbox"/> Omsorg. §4-12,4-8 <input type="checkbox"/> Akutt-vedtak §4-6 <input type="checkbox"/> Foreldreansvar §4-20 <input type="checkbox"/> Vet ikke

HENVISENDE INSTANS

Navn/Instans	Er foreldre/foresatte kjent med henvielsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Adresse/tlf.	Plass for stempel
Dato	Underskrift

HENVISENDE LEGE (Fylles ut hvis henvisende instans ikke er lege)

Navn/Instans	Plass for stempel
Adresse/tlf.	
Dato	Underskrift