

ID: _____ Mottatt: _____
Reg. CosDoc: _____
Kurs/gruppe: _____ Individuelt: _____
Åpen time: _____

HENVENDELSE TIL PSYKISK HELSE – BARN OG UNGE

Henvendelse fra:

Telefonnummer:

Andre tjenester som familien benytter:

Barnets/Ungdommens navn: _____
Fødselsnummer (11 siffer): _____ **Alder:** _____
Adresse: _____ **Mobil:** _____
Skole/Barnehage, trinn/avdeling: _____

Far / foresatt: _____
Adresse: _____ **Mobil:** _____
E-post: _____
Mor / foresatt: _____
Adresse: _____ **Mobil:** _____
E-post: _____

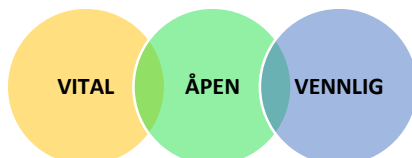
Hvem bor barnet/ungdommen sammen med?

Hva ønsker du/dere hjelp til? (Bruk baksiden for utfyllende opplysninger)

Samtykke far

Samtykke mor

Begge med foreldreansvar må samtykke til hjelp for barn under 16 år (Pasientrett.lov §4-4,1.ledd)





Utfyllende opplysninger:

