

ID: \_\_\_\_\_

Inn: \_\_\_\_\_ Ut: \_\_\_\_\_

Reg.CosDoc: \_\_\_\_\_

I.kontakt: \_\_\_\_\_ Timetall: \_\_\_\_\_

## KONTAKTSKJEMA

### PSYKISK HELSETJENESTE FOR BARN OG UNGE (PHBU), 0 – 20 år

**Barnets/Ungdommens navn:** \_\_\_\_\_

**Fødselsnummer** (11 siffer): \_\_\_\_\_ Alder: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Mor / Foresatt:** \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

**Far / Foresatt:** \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

**Søsken og andre viktige personer i barnet/ungdommen sitt liv?** (navn og alder)

**Hvem bor barnet/ungdommen sammen med?**

**Barnehage/Skole** (avd/trinn): \_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** \_\_\_\_\_

E-post/Telefon: \_\_\_\_\_

#### **Hva er grunnen til at du/dere ønsker kontakt med PHBU?**

- Utfordringer hos barnet/ungd.
- Familiekonflikt/samlivsbrudd
- Foreldreveiledning
- Utfordringer i skole/barnehage
- Utfordringer hos søsken/foreldre
- Akutte livshendelser/traumer
- Annet

**Bruk baksiden til utfyllende opplysninger!**

#### **Andre tjenester familien benytter:**

- Helsesøster
- PPT
- Barnevern
- Fastlege
- Familievernkontor
- BUP
- Andre \_\_\_\_\_

#### **Samtykke til samarbeid mellom PHBU og ovennevnte:**

Ja  Nei

**Samtykke mor**

**Samtykke far**

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

**Henviser:** \_\_\_\_\_ **Tlf.:** \_\_\_\_\_ **Dato:** \_\_\_\_\_

PHBU, Psykisk helsetjeneste for barn og unge i Nesodden kommune,  
Kongleveien 2, 1450 Nesoddtangen



**Utfyllende opplysninger:**