



Psykisk helse barn og unge
Postboks 2160, 5504 Haugesund
Tlf. 52 74 41 02

Utfylt skjema sendes til **Psykisk helse barn og unge, PB Haugesund.**
Psykisk helse barn og unge yter helsehjelp. Det betyr at vi har taushetsplikt og følger krav om dokumentasjon jfr. Lov om helsepersonell.

Skjema er utfylt av _____ Dato _____

Relasjon til barnet/ungdommen _____ TLF _____

Er barnet/ungdommen orientert om henvendelsen Ja Nei

Navn barn/ungdom: _____ Fødselsnr. _____

Adresse: _____ TLF _____

Navn foreldre/foresatte _____ Fødselsnr. _____

Adresse: _____ TLF _____

Hvem har foreldreansvaret? _____

Hvem tar vi kontakt med ved eventuelt timeavtale? _____

Nasjonalitet/Språk _____ Behov for tolk? Ja Nei

Hva er bekymringene dine for barnet/ungdommen? (Eks: tristhet, engstelse, konkrete hendelser, spisevansker, tvang, skolefravær, atferdsvansker).

Har barnet/ungdommen opplevd større belastninger? (Eks: samlivsbrudd, sykdom i familien, tap/dødsfall, skremmende hendelser, vold/overgrep, mobbing).

Hvordan påvirker vanskene hvordan barnet/ungdommen har det:

På skolen _____

I familien _____

Sosialt _____

Eventuelle fritidsaktiviteter _____

Hvor lenge har vanskene vart?

- Under en måned
- 1-5 måneder
- 6- 12 måneder
- Over 12 måneder

Eventuell tilleggsinformasjon til varigheten av vanskene

Hva har vært forsøkt og hvordan har det fungert? (Eks tilrettelegging på skolen/barnehagen, tilrettelegginger i hjemmet, samtaler med helsesykepleier?).

Er det andre instanser inne nå, eller har det vært tidligere? (Eks PPT, BUP, barnevernstjenesten).

Hvilken hjelp ser du for deg kan være nyttig nå?

Hvilken interesser og styrker har barnet/ungdommen?