



HENVENDELSE TIL FAMILIESTØTTE OG PSYKISK HELSETJENESTE

Familiestøtte

Psykisk helse barn og unge

Forebyggende ungdomsteam

Utekontakter

Usikker

Dato:

Henvendelse fra:

Foresatte Barn/ungdom Barnehage Skole Skolehelsetjeneste

Barneverntjenesten PP-tjenesten NAV Helsestasjon 0-5 år

Avdeling rus og psykisk helse

Andre:

Henvendelse fra:

Navn:	Telefon:
-------	----------

Det er gitt skriftlig samtykke (vedlegg) av:

Foresatt	Ja <input type="checkbox"/>
Foresatt	Ja <input type="checkbox"/>
Ungdom (over 16 år)	Ja <input type="checkbox"/>

Kontaktinformasjon

Barn/ungdom	Foresatte
Navn:	Navn: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Født: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.	Født: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
Adresse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Adresse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Telefon/kontaktinformasjon: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Telefon: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Antall og alder på søsken: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Navn: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
Barnehage/skole: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Født: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
	Adresse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
	Telefon: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Hva ønsker dere å oppnå med å henvende dere til teamet?

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Hva ønsker dere at teamet skal gjøre?

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Barnets sterke sider og interesser

Hvilke sterke sider har barnet? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Hvilke interesser har barnet? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Hvilke andre instanser er eventuelt involvert? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Skal de fortsette? Ja Nei

Hvis ja, hvilken rolle skal de ha? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Har barnet spesielle behov? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Annen relevant og nødvendig informasjon/tolk eller lignende? Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Signatur:



SAMTYKKEERKLÆRING

Denne samtykkeerklæringen er tosidig.

Lovbestemmelser om taushetsplikt:

- Forvaltningsloven § 13
- Helsepersonelloven § 21
- Barnevernloven § 6-7
- Opplæringsloven § 15-1
- Barnehageloven § 44

Unntak fra taushetsplikt.

Opplysningsplikt inntreer når det er nødvendig for å redde liv og helse:

- Politiloven § 24
- Helsepersonelloven §§31, 32,33
- Barnevernloven § 6-4.
- Opplæringsloven §§ 15-3, 15-4
- Barnehageloven §§ 45, 46

Samtykke skal være informert.

Et informert samtykke innebærer at jeg:

- Har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles.
- Vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensen av dette.
- Er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig.
- Er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold utveksles, eller at spesielle fagmiljø eller enkeltpersoner får bestemte opplysninger.
- Er kjent med de konsekvenser som begrensninger på informasjon kan ha for de tjenestene jeg trenger.



EIDSVOLL KOMMUNE

Jeg samtykker til at henvender (navn): _____

utveksler nødvendig informasjon i aktuell problemstilling/utfordring med familiestøtte og psykisk helsetjeneste.

Spesifiser hva som er nødvendig informasjon og hva den skal brukes til her:

Andre merknader: _____

Gjelder barn: _____ **foresatt:** _____

Samtykke gjelder fra: _____ **til:** _____

Jeg kan oppheve samtykke innenfor denne perioden.

Dato: _____

Min/foresattes underskrift: _____

Sendes til:

Eidsvoll kommune

v/Familiestøtte og psykisk helsetjeneste

Pb. 90

2081 EIDSVOLL