

Utfylt skjema sendes til **Psykisk helse barn og unge, PB 2025, 3202 Sandefjord.**

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

Barn/ Navn _____ Fødselsnr. (11 siffer) _____

Ungdom Adresse _____ TLF _____

Barnehage/skole _____

Kontaktperson _____ TLF _____

Forelder/ Navn _____ TLF _____

Foresatt Adresse _____

Forelder/ Navn _____ TLF _____

Foresatt Adresse _____

Hvem tar vi kontakt med for eventuell timeavtale? _____

Hvem bor sammen i familien? _____

Søsken/halvsøsken (navn/fødselsår) _____

Eventuell samværsordning _____

Har begge foreldreansvar? ja nei Hvis nei – hvem har foreldreansvaret? _____

Nasjonalitet/språk _____ Behov for tolk? ja nei

Hvorfor tar du kontakt? (bekymringer, tanker, følelser, konkrete hendelser, vold, overgrep m.m.)

Andre forhold/tema av betydning? (samlivsbrudd, sykdom, dødsfall, samværsordning, to hjem, skolefravær, tap, seksuell orientering, kjønnsidentitet m.m.)

Hvordan påvirker dette fungering i dagliglivet?

Hvor lenge har situasjonen vært slik?

under en måned 1-5 måneder 6-12 måneder over 12 måneder

Hva har vært forsøkt, og hvordan har det fungert? (tilpasninger skole, helsesykepleier, fastlege, PPT, BUPA, barneverntjeneste m.m.)

Hvilken hjelp ser du for deg kan være nyttig nå?

Hva er vanskeligst nå, og hva ønsker du skal endres?

Hvilke interesser, styrker og ressurser har du/den det gjelder?

Informert samtykke

Samtykke til å utveksle taushetsbelagte opplysninger vedrørende:

(navn og fødselsdato)

- Der det er hensiktsmessig ønsker Psykisk helse barn og unge å samarbeide med andre parter. Dette er fordi vi sammen kan gi deg et best mulig tilbud. Et slikt samarbeid vil avtales med deg i forkant.
- Samtykket gis frivillig, og du kan trekke det tilbake når som helst. Samtykket opphører automatisk når kontakten med Psykisk helse barn og unge er avsluttet.
- For barn under 16 år kreves det samtykke fra foresatte med foreldreansvar.

Jeg samtykker til at informasjon som framkommer i samtale med Psykisk helse barn og unge kan gi grunnlag for samarbeid med følgende parter:

Barnehage/skole **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

Fastlege **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

Helsesykepleier **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

PP-tjenesten **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

Barneverntjenester **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

BUPA **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

Andre **Kontaktperson** _____ **TLF** _____

Sted og dato _____

Underskrift ungdom _____

(over 16 år)

Underskrift forelder/foresatt _____

Underskrift forelder/foresatt _____

Vi vil forbedre tilbudet vårt, og ønsker i den forbindelse å involvere barn og unge som bruker tjenestene våre. Dette er en invitasjon til å gi oss tilbakemelding på hvordan det oppleves å komme til oss.

Ja takk, vi vil gjerne bli kontaktet etter endt oppfølging hos Psykisk helse barn og unge