**HENVENDELSE TIL**

**FAMILIETEAMET OG BARN OG UNGES PSYKISKE HELSETJENESTE**

Foresatte og ungdom kan på eget initiativ henvende seg til tjenesten. Henvendelser som sendes på vegne av andre forutsetter samtykke og at henvendelsen er gjennomgått med foresatte og/eller barnet/ungdommen henvendelsen omhandler.

Ved spørsmål kontaktes helsestasjonstjenesten på tlf: 38 33 40 90.

Henvendelsesskjematet kan leveres i resepsjonen på helsestasjonen, eller sendes til :

**Lyngdal Helsestasjon, Postboks 353, 4577 Lyngdal.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hvem gjelder henvendelsen:** | |
| **Navn barn/ungdom:** |  |
| **Personnummer:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Fastlege:** |  |
| **Hvem bor barnet med:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn foresatte 1:** |  | **Foreldreansvar:** |
| **Personnummer:** |  |
| **Adresse:** |  | |
| **Telefon:** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn foresatte 2:** |  | **Foreldreansvar:** |
| **Personnummer:** |  |
| **Adresse:** |  | |
| **Telefon:** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nasjonalitet** |  | **Behov for tolk** | **Ja** | **Nei** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ved henvendelse fra andre:** | |
| **Instans:** |  |
| **Henviser/kontaktperson:** |  |
| **Telefon Kontaktperson:** |  |

|  |
| --- |
| **Hvilken oppfølging har du/dere fått av helsesykepleier i forkant av denne henvendelsen:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse av situasjon:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv hva det ønskes hjelp til:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Eventuelle nåværende/tidligere hjelp/oppfølging av andre instanser:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Jeg/vi har lest henvendelsen og samtykker til denne (dato og underskrift):** |
|  |

|  |
| --- |
| **For teamet:** |
| **Saksnr: Mottatt: Fordelt: Gitt time: Ansvarlig:** |