



Dersom du har spørsmål om henvendelsen, kan du kontakte Familieteamet, tlf 67 05 92 61

Henvendelsen sendes til: Familieteamet, Nittedal kommune, PB 63, 1483 Hagan

Besøksadresse: Hagan Atrium, Likollen 2, 1481 Hagan. Åpningstid: mandag - fredag kl. 09.00 - 15.00
Innen to uker vil du/dere få en tilbakemelding fra oss.

Opplysninger om barnet/ungdommen

Navn		Adresse	
Postnummer		Poststed	
Kjønn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gutt Jente	Søsken? Oppgi gjerne kjønn og fødeselsår	Fødselsnummer	
Skole / barnehage		Kontaktperson	
Foreldre /foresatte			
Foresatt 1 navn		Adresse / telefon	
Foresatt 2 navn		Adresse /telefon	
Hvem har samtykket i henvendelsen: <input type="checkbox"/> Foresatt 1 <input type="checkbox"/> Foresatt 2 <input type="checkbox"/> Ingen			
Hvem har foreldreansvaret <input type="checkbox"/> Foresatt 1 <input type="checkbox"/> Foresatt 2 <input type="checkbox"/> Begge			
	Har barnet / ungdommen vært i kontakt med hjelpeapparatet tidligere	Er barnet / ungdommen i kontakt med hjelpeapparatet nå	
Familievernkontor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helsesøster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnevernet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet (utdyp nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utdyp informasjonen (bakgrunn for kontakt, kontaktperson, varighet og effekt av tiltak)			

Opplysninger om oppvekstvilkår i hjemmet

	Ja	Nei	Vet ikke
Psykiske vansker / lidelser i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusmisbruk i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidligere vold i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pågående vold i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omsorgssvikt i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samlivsbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dødsfall i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre alvorlige hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for aktuelle utfordringer / problemer barnet / ungdommen har

	Ja	Nei	Mistanke	Vet ikke	Angi varighet på vansker, oppgi antall måneder
Rusproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selvskadning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tristhet / sorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsentrasjons vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adferdsvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skolevegning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lærevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sosialt tilbaketrukket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobbing / vold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tvangshandlinger/-tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Søvnvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angst/uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Skriv utdypende informasjon om oppvekstvilkår og aktuelle utfordringer her - bruk eget ark dersom du ikke får plass i dette feltet.

Styrker hos barnet / i familien

Henvender

Navn

Stilling

Telefon

E-post

Hva tror du barnet / ungdommen / foreldrene er i behov av?

For Familieteamet

Navn /signatur

Motatt dato

Fordeling

Fordelt dato