

**HENVISNINGSSKJEMA TIL AKUTTHJELP TIL BARNEFAMILIER FRA
HELSESYKEPLEIER, LEGE ELLER ANDRE INSTANSER**

**Unntatt offentlighet etter
Offentlighetsloven § 5a**

Søker	Barnets etternavn, fornavn:	
	Adresse:	Postnummer og sted:
	Fødselsdato:	Telefonnummer:
	Mors etternavn, fornavn:	Fødselsdato:
	Fars etternavn, fornavn:	Fødselsdato:
Antall barn i familien:		Barnas alder:

Hovedårsak for henvendelse (kun ett kryss)	Sett kryss:
Alvorlig søvnmangel/utmattelse	
Kritiske livshendelser	
Psykisk vansker hos mor/far	
Somatisk sykdom i familien mor/far/søsken	
Sykdom/prematuritet hos barnet/barna	

Bakgrunn for henvisning	
--------------------------------	--

Instanser som familien har kontakt med Eksempelvis: forsterket helsestasjon, fastlege, barnelege, sykehus, PHBUF (tidligere PHT), DPS, FFT, privat psykolog, barnevern, fysioterapeut o.l.	
--	--

Andre viktige opplysninger Eksempelvis: Språk, nasjonalitet, allergier hos barnet, lite eller ingen nettverk o.l.	
--	--

Sted og dato	Henvisende instans og underskrift

Skjemaet sendes i utfylt stand til:

Bærum kommune
 Helsetjenester barn og unge
 Akutthjelp til barnefamilier
 Postboks 700
 1304 Sandvika

For rask iverksetting: tlf. 67508910 / 46809444 / 91607277