

# Regional Kompetansetjeneste – Medfødte Russkader Henvisningsskjema



## BARN/UNGDOM SOM HENVISES:

Fornavn	Født	Personnummer
Etternavn		Jente <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/>
Adresse		Kommune
Postadresse		Tlf.

## MOR/FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn	Foreldreansvar:	Relasjon	Født dato
Adresse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fostermor <input type="checkbox"/>	Tlf. privat
Postadresse		Adoptivmor <input type="checkbox"/> Medmor <input type="checkbox"/>	Tlf. jobb

## FAR/FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn	Foreldreansvar:	Relasjon	Født dato
Adresse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterfar <input type="checkbox"/>	Tlf. privat
Postadresse		Adoptivfar <input type="checkbox"/> Medfar <input type="checkbox"/>	Tlf. jobb

## OMSORGSSIUTASJON

### Sett kryss for omsorgssituasjon

- Bor hos begge foreldrene     
  En av foreldrene og eventuelt samboer/ektefelle     
  Bor på institusjon  
 Bor noe hos mor og noe hos far     
  Bor i fosterhjem

Ved fosterhjem/institusjon: Frivillig plassering  Ja  Nei

Ved frivillig: Jeg bekrefter at informert samtykke er innhentet fra den/de med foreldreansvar:  Ja  Nei

### Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet enn nevnt over

Navn			Navn		
Adresse			Adresse		
Postnr	Tlf	Relasjon:	Postnr	Tlf	Realsjon

## SØSKEN/HALVSØSKEN/ANDRE I FAMILIENS OMSORG

Har barnet søsken	Relevante tilleggsopplysninger
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	

## SKOLE/BARNEHAGE (Fylles ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)

Navn skole/barnehage	Tlf
Kontaktperson(er)	
Adresse	Postadresse

Er det behov for tolk?  Ja  Nei

Språk:

HENVISNINGSGRUNN	
	Er barnet eksponert for alkohol i svangerskapet?
	Er barnet eksponert for andre rusmidler i svangerskapet? Event. hvilke?
	Hvem har gitt informasjon om prenatal eksponering?
	Hvem har innhentet informasjon om prenatal eksponering og når?
	<b>Informasjon fra fødsel</b> Gestasjonsalder: Vekt: Lengde: Hodeomkrets:
	Diagnoser
	Medisiner
	Siste kognitive testing
	Tildelte ressurser/ Spesielle tiltak satt i verk

### HVEM ARBEIDER MED SAKEN

Instansnavn	Kontaktperson	Rapport vedlagt (X)
Helsestasjon		
HABU/ BUP		
Barnehage eller Skole		
PPT		
Barnevernet		
Andre		

Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen?  Ja  Nei

Dersom barnet er under barnevernets omsorg, har barneverntjenesten blitt informert og samtykket til henvisning?  Ja  Nei

Mor/foresatt  Ja  Nei  
 Far/foresatt  Ja  Nei

### HENVISENDE LEGE/SPECIALISTHELSETJENESTE

Fastlege	
Navn/Instans/Stempel	Navn
Adresse/tlf:	Adresse
Dato Underskrift	Tlf