

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	Relasjon	Født dato
Adresse	Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fostermor <input type="checkbox"/>	Tlf. privat
Postadresse	Adoptivmor <input type="checkbox"/> Stemor <input type="checkbox"/>	Tlf. jobb

FAR/FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn	Relasjon	Født dato
Adresse	Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterfar <input type="checkbox"/>	Tlf. privat
Postadresse	Adoptivfar <input type="checkbox"/> Stefar <input type="checkbox"/>	Tlf. jobb

OMSORGSSITUASJON

Sett kryss for omsorgssituasjon

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene | <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektefelle | <input type="checkbox"/> Bor på institusjon |
| <input type="checkbox"/> Bor noe hos mor og noe hos far | <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre eller annen familie | <input type="checkbox"/> Bor alene |
| <input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene | <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem | <input type="checkbox"/> Annet |

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

Navn	Navn
Adresse	Adresse
Postadresse	Tlf.
Postadresse	Tlf.

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 og spesielle krav til tolk:

HENVISNINGSGRUNN

	Mors alkoholbruk i svangerskapet
	Andre rusmidler i svangerskapet
	Hvem har gitt informasjon om prenatal eksponering?
	Hvem har innhentet informasjon om prenatal eksponering og når?
	Informasjon fra fødsel 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?

Mor/foresatt

 Ja Nei

Far/foresatt

 Ja Nei**HENVISENDE
LEGE/SPECIALISTHELSETJENESTE****Fastlege**

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