



NES  
KOMMUNE

Henvendelse til  
**FAMILIETEAMET**  
Familiens hus  
Avdeling helsestasjons- og skolehelsetjenesten  
Seterstøavegen 2B, 2150 Årnes  
Telefon 66 10 45 00

**Den henvendelsen gjelder**

Fornavn:		Født:
Etternavn:		Pers.nr.:
Adresse:	Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Jente <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Annet/vet ikke

Fylles ut hvis den det gjelder har fylt 16 år:  Ja, jeg samtykker til henvendelsen

**Mor/Foresatt (Den som har foreldreansvar)**

Navn:	Født:	Relasjon:
Adresse:	Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Fostermor <input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Ja, jeg samtykker til henvendelsen		

**Far/Foresatt (Den som har foreldreansvar)**

Navn:	Født:	Relasjon:
Adresse:	Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Fostefar <input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Ja, jeg samtykker til henvendelsen		

**Navn og adresse på den henvendelsen gjelder bor hos, hvis annet enn nevnt over**

Navn:	Navn:
Telefon:	Telefon:
Adresse:	Adresse:

**Omsorgssituasjon (sett kryss):**

<input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene	<input type="checkbox"/> Bor alene
<input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far	<input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem
<input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene	<input type="checkbox"/> Annet:

**Søsken/Halvsøsken/Andre i familiens omsorg**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Relevante opplysninger:

**Skole/Barnehage**

Navn skole/barnehage:

Kontaktperson(er):

**Andre hjelpetjenester**

Mottar familien hjelp/tiltak andre steder?

Instans		Kontaktperson	Telefon
Helsesykepleier:	<input type="checkbox"/> Ja		
PPT:	<input type="checkbox"/> Ja		
BUP:	<input type="checkbox"/> Ja		
Barneverntjenesten:	<input type="checkbox"/> Ja		
Andre:			

## Tolk

Er det behov for tolk?

Ja

Nei

Språk:

Spesielle krav til tolk:

Beskriv situasjonen. Hva ønsker dere hjelp til?

Hva er målet med kontakten med familieteamet? Hva skal være bedre eller annerledes? Hva har dere oppnådd? Hvordan ser situasjonen ut når familieteamet avslutter kontakten?

Beskriv målet her:

Fylles ut av familieteamet:

Mottatt dato:

Saksnummer:

Sted/dato: \_\_\_\_\_

Underskrift foresatte/ungdom over 16 år: \_\_\_\_\_ Underskrift instans: \_\_\_\_\_