

 <p>HENVISNINGSSKJEMA til Barne- og familieteamet Åsnes helsestasjon, Rådhusgata 1, 2270 FLISA Tlf.: 6295 6770 (sentralbord)</p>	Internt: Henvissningsår: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	Mottatt:		Dato:				
	Kontakt tidligere:						
	Barn som henvises:						
Fødselsnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Bor hos: (kryss av) Mor og far: () Mor () Far: () Andre: Samvær:..... Bekymring rundt omsorgssituasjon:.....			
Adresse:		Sted:		Mobil:			
Postnr.:		Sted:		Mobil:			
Telefon:		Mobil:		Mobil:			
Mor:				Far:			
Fødselsnummer:				Fødselsnummer:			
Adresse:		Sted:		Mobil:			
Postnr.:		Sted:		Mobil:			
Telefon:		Mobil:		Mobil:			
Søsken : Navn og f.dato:							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Problemstilling/henvissningsgrunn/problemets varighet: (utdyp gjerne i vedlegg)							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Hva er gjort fra skole/barnehages side:							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Tatt opp i skolehelse/barnehageteam, dato:			Tatt opp i tverrfaglig team, dato:				
<input type="text"/>							
Hva ønsker skole/barnehage/lege at BFT skal bidra med:							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
Hva ønsker foreldrene at BFT skal bidra med:							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
<input type="text"/>							
OFFENTLIGE INSTANSER FAMILIEN ER I KONTAKT MED:							
Fastlege:			Andre:				
Skole/barnehage:			<input type="text"/>				
HENVISENDE INSTANS VED:							
<input type="text"/>							
SAMTYKKE TIL HENVISNINGEN: Foreldre (evt. ungdom) må samtykke til henvisningen							
Sted/dato, underskrift:							
Samtykket muntlig (kryss av): () Dato:			Hvem:				