HENVISNINGSSKJEMA TIL LAVTERSKELTEAMET FOR BARN OG UNGE

Henviser: (Henviser til tjenesten er fagperson fra for eksempel helsesykepleiere, barneverntjenesten, fastleger, skoler, ressursteamet på VGS, fysioterapi, tannleger, PPT, BUP mv.)

Instans/navn:	Telefon:

Barn/ungdom: (For ungdom under 16 år, skal foreldrene samtykke med mindre det er særlig grunn).

Navn: Fødselsdato og personnummer:	Mobil:
Omsorgsgiver 1: Omsorgsgiver 2:	Mobil: Mobil:
Adresse:	Postnr/sted
Skole/linje/klasse: Land/språk: Fastlege:	

Henvisningsgrunn: (Status presens, relevante bakgrunnsopplysninger, tidligere/nåværende tiltak evt. diagnoser)

Underskrift henviser: Dato:

Henvisning sendes: Målselv helsestasjon v/Lavterskelteamet, Fagerlidal 397, 9325 Bardufoss.