



Prosess Helsefremmende oppvekst / Trygg start  
 Godkjent dato 23.07.2020 (Silke Gjetrang (gjesi0309))

Dokumentkategori Skjema (mal til utfylling)

**Henvendelse til Trygg Start (gravide, tilknytning / samspill 0-3 år)**

Utfylt skjema sendes til: Tiltak og familieveiledning, Pb 2020, 3255 Larvik

- Tiltak og familieveiledning er en del av familiesentrene i Larvik. Det betyr at vi har taushetsplikt og følger krav om dokumentasjon i.h.t. lov om helsepersonell.
- Tiltak og familieveiledning består av Trygg Start, PMTO-terapi/foreldreveiledning, ressursteam, Familieråd, Los og Home Start
- Tilbudet er gratis og frivillig, og gjelder bosatte i Larvik kommune.

Skjema er utfylt av : \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Relasjon til barn/familie: \_\_\_\_\_

**Barn:** Navn \_\_\_\_\_ Født \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Barnehage \_\_\_\_\_

Har begge foreldreansvar?  ja  nei

**Forelder / foresatt / den gravide** Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

**Forelder / foresatt / partner** Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

Hvem bor sammen i familien? \_\_\_\_\_

Søsken (navn/alder): \_\_\_\_\_

Andre viktige omsorgspersoner \_\_\_\_\_

Nasjonalitet / språk: \_\_\_\_\_ Behov for tolk?  ja  nei

**For gravide**

Termin \_\_\_\_\_ Fastlege: \_\_\_\_\_

Jordmor: \_\_\_\_\_

**Foreligger det kartlegging fra jordmor og/eller helsestasjon?** Det bes om at resultat beskrives eller vedlegges.

Kartlegging med EPDS  nei  ja, dato \_\_\_\_\_

Optimalitetsindeks  nei  ja

ASQ eller annen utviklingskartlegging hos barnet  nei  ja, alder \_\_\_\_\_

Annet: \_\_\_\_\_

**Prosess** Helsefremmende oppvekst / Trygg start  
**Godkjent dato** 23.07.2020 (Silke Gjetrang (gjesi0309))**Dokumentkategori** Skjema (mal til utfylling)**Utfordringer og ønsket bistand** (Barn, samspill, foreldre, nettverk, økonomi, bolig, arbeid, mm)

--

**Informasjon:**

*For samarbeid med andre instanser og etater er det nødvendig med samtykke og det skal kun være nødvendig og relevant informasjon for den hjelpen som ytes. Foreldre/ungdommen skal være informert om hvilken informasjon som deles.*

*For barn under 16 år kreves det samtykke fra foresatte med foreldreansvar.*

**Andre involverte som kan kontaktes av Tiltak og familieveiledning?**

	Aktuell samarbeidspartner	Samtykke foreligger	Navn
Barnehage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jordmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helsesykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PP-tjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Familiesenterpsykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spes.helsetj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evt. reservasjon			

Jeg / vi samtykker til henvendelse til og kontakt med Helsefremmende oppvekst, og jeg / vi samtykker til utveksling av nødvendig informasjon i samarbeidet fremover jf samarbeidspartnere nevnt ovenfor.

Dato: Underskrift forelder/foresatt: \_\_\_\_\_

Underskrift forelder/foresatt: \_\_\_\_\_