

**Henvendelse til PMTO-behandling / TIBIR rådgiving**

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, Familieråd, Ressursteam, Home Start og Los
- Tilbudet er gratis og frivillig, og gjelder bosatte i Larvik kommune.

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

Relasjon til ungdom: \_\_\_\_\_

<b>Barn / ungdom:</b>	Navn	_____	Født	_____
	Adresse	_____		
	Barnehage og gruppe / skole og klasse	_____		

<b>Forelder / foresatt</b>	Navn	_____		
	Adresse	_____	Tlf	_____

<b>Forelder / foresatt</b>	Navn	_____		
	Adresse	_____	Tlf	_____

Har begge foreldreansvar?  ja  nei

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

Søsken (navn/alder): \_\_\_\_\_

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

Nasjonalitet / språk: \_\_\_\_\_ Behov for tolk?  ja  nei**Er det gjennomført samtaler, møter og/eller noe kartlegging?** Det bes om at resultat beskrives og/eller vedlegges.Samtaler  nei  ja, med: \_\_\_\_\_Møter (f.eks. familiesenterråd, TPO-møte, tverrfaglig konsultasjon på Familiesenter,...)  nei  ja \_\_\_\_\_Kartlegging (f.eks. symptomsjekkliste, TIBIR-kartlegging,...)  nei  ja \_\_\_\_\_Behandling (f.eks. BUPA, medisinsk, Familievern,...)  nei  ja \_\_\_\_\_

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



**Beskrivelse av situasjonen og utfordringer**

**Hva ønskes det hjelp til?**

**Hvordan vurderer henvender hjelpebehovet?**

- TIBIR-rådgiving       PMTO-behandling       Usikker, ønsker felles vurdering/kartlegging



## 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.

## Hvem arbeider / har arbeidet i familien, og kan kontaktes av Tiltak og familieveiledning?

	Aktuell samarbeidspartner	Samtykke foreligger	Navn
Skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helsesøster	<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"/>	
Ressursteam/Los			
Spes.helsetj. (BUP, Glenne, Hab.tj.,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evt. reservasjon			

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

Dato: \_\_\_\_\_

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

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

Underskrift ungdom: \_\_\_\_\_