

## TILVISING TIL KOMMUNEPSYKOLOG

Namn på barnet/ungdomen: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_ Gut: \_\_\_\_\_ Jente: \_\_\_\_\_ (set kryss)

Adresse: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Barnehage/skule: \_\_\_\_\_ Klassetrinn: \_\_\_\_\_

Mor/føresett: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Far/føresett: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Tilvisingsgrunn:

Instansar som er eller har vore involverte:

---

Er den/de som har foreldreansvaret kjende med dei opplysningane som er gitt i tilvisinga?

Mor/føresett Ja: \_\_\_\_ Nei: \_\_\_\_ (set kryss)

Far/føresett Ja: \_\_\_\_ Nei: \_\_\_\_ (set kryss)

Dersom ungdomen er over 16 år, er vedkomande kjend med dei opplysningane som er gitt i tilvisinga? Ja: \_\_\_\_ Nei: \_\_\_\_ (set kryss)

Vert det gitt samtykke til samarbeid rundt barnet/ungdomen mellom kommunepsykolog og helsestasjonen? Ja: \_\_\_\_ Nei: \_\_\_\_ (set kryss)

Tilvisar: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Relasjon til barnet/ungdomen: \_\_\_\_\_

Underskrift: ..... Dato: .....

**Skjema kan leverast eller sendast til helsestasjonen:**

**BESØKSADRESSE:**

Fjord'n senter, 2. høgde,

Eikelandsosen

**POSTADRESSE:**

Fusa kommune

Helse, familie og velferd – Helsestasjonen

Postboks 24

5649 Eikelandsosen