



LØDINGEN KOMMUNE
Forvaltningskontoret, PB 83, 8411 Lødingen
Epost: postmottak@lodingen.kommune.no
Tlf. 76 98 66 00

Melding om behov for barnekoordinator

Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13

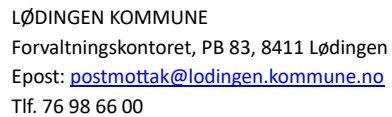
Navn (fornavn etternavn):	Personnummer (11 siffer): <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Mann ☐ Kvinne ☐											
Adresse:	Postnummer og sted:											
Mobilnummer:												
Bostedskommune:	Språk:											

Foresatte

Navn:	Forhold til søker/relasjon
Adresse:	Postnummer. og sted:
Epost:	Tlf.nr/Mobil:

Søsken

Navn	Adresse
Navn	Adresse
Navn	Adresse
Navn	Adresse



Fastlege (navn)	Tlf.nr.
Verge (navn)	Tlf.nr.
Andre (navn- tilknytning)	Tlf.nr.
Andre (navn- tilknytning)	Tlf.nr.

Bruk gjerne eget ark om nødvendig

Bolig: Leid ☐ Egen bolig ☐

Sett kryss		
Helsestasjon ☐	Helsetjenester i hjemmet ☐	Praktisk bistand/assistanse ☐
Fastlege ☐	Støttekontakt ☐	NAV ☐
PPD ☐	Avlastning ☐	Ergoterapi ☐



LØDINGEN KOMMUNE
Forvaltningskontoret, PB 83, 8411 Lødingen
Epost: postmottak@lodingen.kommune.no
Tlf. 76 98 66 00

Skole/barnehage ☐	Kommunal fysioterapi ☐	Barnevern ☐
Barne og ungdomspsykiatri (BUP) ☐	Habiliteringsteam ☐	
Autismeteam ☐	Andre ☐	

Eventuelt udekket behov for tjenester i helse omsorg eller andre tjenester (Bruk gjerne eget ark)

Underskrift

Jeg samtykker til at det opprettes pasientjournal ☐

Sted	Dato	Søkers/foreldres underskrift
------	------	------------------------------

Søknaden sendes til:

LØDINGEN KOMMUNE
Forvaltningskontoret, PB 83, 8411 Lødingen
Epost: post@lodingen.kommune.no

Husk å fylle ut erklæring om samtykke



LØDINGEN KOMMUNE
Forvaltningskontoret, PB 83, 8411 Lødingen
Epost: postmottak@lodingen.kommune.no
Tlf. 76 98 66 00

ERKLÆRING OM SAMTYKKE

(jf. Forvaltningsloven §§ 13 flg., barnevernloven § 6-7, opplæringslova § 15-4, helse- og omsorgstjenestelovens § 12-1, helsepersonelloven §§ 21 flg., pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 og politiregisterloven § 23 flg.)

For at offentlige etater skal kunne arbeide tverrfaglig sammen må det foreligge samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger fra brukeren, foreldre med foreldreansvar og daglig omsorg eller andre som kan samtykke på brukerens vegne.

Vi/jeg samtykker til utveksling av informasjon når det gjelder opplysninger som er nødvendige for behandling av saken og for tverrfaglig samarbeid. Samtykket gjelder følgende instanser og varer inntil samarbeidet er avsluttet eller samtykket trekkes tilbake.

Kryss av for instanser som fritas for taushetsplikt i denne saken:

- | | |
|--|--|
| ☐ Skolehelsetjenesten/helsestasjonen | ☐ Vesterålen barnevern |
| ☐ PPD (Pedagogisk Psykologisk tjeneste) | ☐ Skolen |
| ☐ BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien) | ☐ Politi |
| ☐ Avd. psykisk helse og rus | NAV ☐ |
| ☐ Fastlege | Barneheten ☐ |
| ☐ Fysioterapi/ergoterapi | Ambulent rehab/habilitering ☐ |
| ☐ Hjemmetjenesten | Avlastning ☐ |
| ☐ Kommunepsykolog | Tjenestekontor ☐ |
| ☐ Sykehus: _____ | Miljøtjenesten ☐ |
| ☐ Andre: _____ | |

Vi samtykker til utveksling av informasjon i forhold til følgende områder:



LØDINGEN KOMMUNE
Forvaltningskontoret, PB 83, 8411 Lødingen
Epost: postmottak@lodingen.kommune.no
Tlf. 76 98 66 00

Samtykket gjelder for eventuelt å kunne gi helhetlig tilbud til:

_____ Født: _____

Samtykket gjelder frem til at saken er avsluttet med mindre annet blir avtalt. Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Sted..... **Dato**.....

.....
Underskrift
Foresatte, verge eller andre

.....
Underskrift
Foresatte, verge eller andre

.....
Underskrift
Ungdom over 15 år