**Melding om behov for barnekoordinator**

**Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn (fornavn etternavn):   | Personnummer (11 siffer):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 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 |

**Andre kontaktpersoner**

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

**Helseopplysning/diagnose/beskrivelse av barnets situasjon/funksjon:**

 Bruk gjerne eget ark om nødvendig

|  |
| --- |
| Hvem bor barnet sammen med?Bolig: Leid Egen bolig   |

**Opplysninger om tjenester du mottar?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sett kryss** |  |  |
| Helsestasjon  | Helsetjenester i hjemmet  | Praktisk bistand/assistanse  |
| Fastlege  | Støttekontakt  | NAV  |
| PPD  | Avlastning  | Ergoterapi  |
| 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: postmottak@lodingen.kommune.no

**Husk å fylle ut erklæring om samtykke**

**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 Barnehagen ☐

☐ Fysioterapi/ergoterapi Ambulent rehab/habilitering ☐

☐ Hjemmetjenesten Avlastning ☐

☐ Kommunepsykolog Tjenestekontor ☐

☐ Sykehus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Miljøtjenesten ☐

☐ Andre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 Underskrift Underskrift**

Foresatte, verge eller andre Foresatte, verge eller andre Ungdom over 15 år