

HENVISNING TIL DET PSYKISKE HELSEVERNET FOR BARN OG UNGE

Dette er et felles henvisningsskjema for det psykiske helsevernet for barn og unge. Skjemaet er utviklet av Norsk forening for barn og unges psykiske helse (n-bup) etter oppdrag fra Helsedirektoratet og dekker den obligatoriske rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR).

De som ønsker dette skjemaet i pdf-format kan laste det ned fra www.nbup.no

Skjemaet ble sist revidert 1. 4. 2011. Ved spørsmål, kontakt BUP-institusjonen.

Henvises til:

Gjelder øyeblikkelig hjelp, innen 24 timer:

(Lov om spesialhelsetjenesten m.m. § 3-1.)

BARN / UNGDOM SOM HENVISES:

Fornavn	Født	Pers. nr
Etternavn	Jente <input type="checkbox"/>	Gutt <input type="checkbox"/>
Adresse	Kommune	
	Bydel	
Postadresse	Tlf.	

FYLLES UT AV BUP:

Saknr.:

Inndato:

Inntaker:

Reinntak?

MOR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn	Relasjon	Født dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fosterf. <input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Annet	Tlf. privat
Postadresse		Tlf. jobb

FAR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

Navn	Relasjon	Født dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterf. <input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Annet	Tlf. privat
Postadresse		Tlf. jobb

OMSORGSSITUASJON

Sett kryss for omsorgssituasjon

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene | <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektefelle | <input type="checkbox"/> Bor på institusjon |
| <input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far | <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre eller annen familie | <input type="checkbox"/> Bor alene |
| <input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene | <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem | <input type="checkbox"/> Annet |

Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet enn nevnt over

Navn	Navn
Adresse	Adresse
Postadresse	Postadresse
Tlf.	Tlf.

SØSKEN / HALVSØSKEN / ANDRE I FAMILIENS OMSORG

Har barnet søsken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	Relevante tilleggsopplysninger
---	--------------------------------

SKOLE / BARNEHAGE (Fylles ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)

Navn skole/barnehage	Tlf.
Kontaktperson(er)	
Adresse	Postadresse

Er det behov for tolk? Ja Nei

Språk og spesielle krav til tolk:

HENVISNINGSGRUNN

Beskrivelse

Velg inntil 2 henvisningsgrunner fra hver liste.
Sett den viktigste først. Skriv nummer i rutene.

Henvisningsgrunn barnet

1 2

1. Alvorlig bekymring for barn under 6 år
2. Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)
3. Mistanke om trasslidelse / adferdsforstyrrelse
4. Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)
5. Mistanke om Tourette syndrom
6. Skolevegring
7. Mistanke om angstlidelse
8. Mistanke om tvangstanker / tvangshandlinger
9. Mistanke om spiseforstyrrelse
10. Mistanke om depresjon
11. Mistanke om bipolar lidelse
12. Vedvarende og alvorlig selvskading
13. Mistanke om psykose
14. Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer
15. Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom
16. Annet

STATUS PRESENS

Beskrivelse

Barnets miljø (siste 6 mnd)

1 2

1. Belastninger i familien
2. Belastninger i nærmiljø/samfunn
3. Belastninger i skole/barnehage

HVEM ARBEIDER MED SAKEN

Instansnavn	Kontaktperson	Rapport vedl. (X)

Er det utarbeidet individuell plan? Ja Nei

Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? Mor/foresatt Ja Nei

Far/foresatt Ja Nei

Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen? Ja Nei

HENVISENDE LEGE / BARNEVERNsleder

Navn / Instans / Stempel	Fastlege (Hvis annen en henvisende lege)
	Navn
Adresse / tlf.:	Adresse
Dato	Underskrift
	Tlf.: