

# Henvendelseskjema - Oppvekstteamet



DRAMMEN  
KOMMUNE

Oppvekstteamet - Senter for oppvekst - Besøksadresse: Øvre Strandgate 5, 3015 Drammen		
Henvendelsen sendes til: Nedre Storgate 3, 3015 Drammen		
Innen tre uker vil dere få en tilbakemelding fra oss.		
Opplysninger om barnet / ungdommen		
Navn	Adresse	
Postnummer	Poststed	
Kjønn <input type="radio"/> Gutt <input type="radio"/> Jente	Fødselsnummer	
Skole / barnehage	Kontaktperson	
Foreldre /foresatte		
Foresatt 1 navn	Adresse / telefon	
Foresatt 2 navn	Adresse /telefon	
Hvem har samtykket i henvendelsen: <input type="radio"/> Foresatt 1 <input type="radio"/> Foresatt 2 <input type="radio"/> Ingen		
Hvem har foreldreansvaret <input type="radio"/> Foresatt 1 <input type="radio"/> Foresatt 2 <input type="radio"/> Begge		
	Har barnet / ungdommen vært i kontakt med hjelpeapparatet tidligere	Er barnet / ungdommen i kontakt med hjelpeapparatet nå
Familievernkontor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsesøster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BUP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barnevernet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utdyp informasjonen (bakgrunn for kontakt, kontaktperson, varighet)		

Opplysninger om oppvekstvilkår i hjemmet			
	Ja	Nei	Vet ikke
Psykiske vansker / lidelser i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rusmisbruk i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidligere vold i hjemmet i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pågående vold i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omsorgssvikt i hjemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samlivsbrudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dødsfall i familien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre alvorlige hendelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kryss av for aktuelle utfordringer / problemer barnet / ungdommen har					
	Ja	Nei	Mistanke	Vet ikke	Angi varighet på vansker oppgi ant. mnd.
Rusproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Selvskadning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spiseforstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tristhet / sorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Konsentrasjons vansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adferdsvansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skolevegring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lærevansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sosialt tilbaketrukket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mobbing / vold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tvangshandlinger/-tanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Søvnvansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Skriv utdypende informasjon om oppvekstvilkår og aktuelle utfordringer her - bruk eget ark dersom du ikke får plass i dette feltet.					
<b>Henvender</b>					
Navn			Stilling		
Telefon			E-post		
Hva tror du barnet / ungdommen / foreldrene er i behov av?					
<b>For Oppvekstteamet</b>					
Navn /signatur			Motatt dato		
Fordeling			Fordelt dato		