**HENVISNINGSSKJEMA TIL LAVTERSKELTEAMET FOR BARN OG UNGE**

**Henviser:** (Henviser til tjenesten er fagperson fra for eksempel helsesykepleiere, barneverntjenesten, fastleger, skoler, ressursteamet på VGS, fysioterapi, tannleger, PPT, BUP mv.)

Instans/navn: Telefon:

**Barn/ungdom:** (For ungdom under 16 år, skal foreldrene samtykke med mindre det er særlig grunn).

Skole/linje/klasse:

Land/språk:

Fastlege:

Adresse: Postnr/sted

Omsorgsgiver 1: Mobil:

Omsorgsgiver 2: Mobil:

Navn: Mobil:

Fødselsdato og personnummer:

**Henvisningsgrunn:** (Status presens, relevante bakgrunnsopplysninger, tidligere/nåværende tiltak evt. diagnoser)

Underskrift henviser: Dato:

Henvisning sendes: Målselv helsestasjon v/Lavterskelteamet, Fagerlidal 397, 9325 Bardufoss.