

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 barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI) etter oppdrag fra Helsedirektoratet, og dekker den obligatoriske rapportering til Norsk Pasientregister (NPR). Det er fra statens side et uttalt mål at flest mulig henvisninger skal sendes elektronisk. Dette henvisningsskjemaet er inkludert i KITH sin henvisningsmelding og skal implementeres i ulike journalsystem. I KITH-meldingen vil en også få tilgang til forklarende hjelpetekst til alle aktuelle skjemafelter. De som ønsker dette skjemaet i pdf-format kan laste det ned fra www.nfbui.no Skjemaet ble sist revidert 01.09.2008. 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 ☐	Gutt ☐		
Adresse		Kommune			
		Bydel			
Postadresse		Tlf.			
FYLLES UT AV BUP:					
Saknr.:					
Inndato:					
Inntaker:					
Reinntak?					
MOR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)					
Navn		Relasjon		Født dato	
Adresse		☐ Biologisk mor ☐ Fosterf.		Tlf. privat	
Postadresse		☐ Adopt./stemor ☐ Annet		Tlf. jobb	
FAR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)					
Navn		Relasjon		Født dato	
Adresse		☐ Biologisk far ☐ Fosterf.		Tlf. privat	
Postadresse		☐ Adopt./stefar ☐ Annet		Tlf. jobb	
OMSORGSSITUASJON					
Sett kryss for omsorgssituasjon					
☐ Bor hos begge foreldrene		☐ En av foreldrene og samboer/ektefelle		☐ Bor på institusjon	
☐ Pendler mellom mor og far		☐ Hos besteforeldre eller annen familie		☐ Bor alene	
☐ Hos en av foreldrene		☐ Bor i fosterhjem		☐ 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?		Relevante tilleggsopplysninger			
☐ Ja					
☐ Nei					
☐ Vet ikke					
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 selvskadning 13. Mistanke om psykose 14. Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer 15. Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom 16. Annet Barnets miljø (siste 6 mnd) 1 ☐ 2 ☐ 1. Belastninger i familien 2. Belastninger i nærmiljø/samfunn 3. Belastninger i skole/barnehage	
STATUS PRESENS		
Beskrivelse		
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.: