



Skjemaet sendes til: Sortland kommune
Tjenestekontoret
Postboks 117, 8401 Sortland.

Ikke offentlig, jf. Offentleglova § 13

Helseopplysninger/diagnose/beskrivelse av barnets situasjon/funksjon

Opplysninger om tjenester du mottar?		
Sett kryss		Utfyllende opplysninger
☐	Praktisk bistand/assistanse	
☐	Helsetjenester i hjemmet	
☐	Støttekontakt	
☐	Avlastning	
☐	Kommunal fysioterapi (oppgi navn, tlf.)	
☐	Ergoterapi (oppgi navn, tlf.)	
☐	Avd. psykisk helse (Sortlandshjelpen)	
☐	Helsestasjon (oppgi navn, tlf.)	
☐	Fastlege (oppgi navn, tlf.)	
☐	PPD (oppgi navn, tlf.)	
☐	Skole/barnehage (oppgi kontaktperson)	
☐	Tilrettelegging barnehage/skole	

Hvilke andre kommunale tjenester mottar du i dag?		
Sett kryss		Utfyllende opplysninger
☐	NAV	
☐	Barnevern	

Tjenester fra spesialisttjenesten		
Sett kryss		Utfyllende opplysninger
☐	Barne og ungdomspsykiatri (BUP)	
☐	Habiliteringsteam	
☐	Autismeteam	
☐	Andre	

Eventuelt udekket behov for tjenester i helse og omsorg, eller andre tjenester (Angi - Hvis du behøver mer plass å skrive på, bruk eget ark)

Begrunn behovet for barnekoordinator

Legg ved relevant dokumentasjon. Er dokumentasjon vedlagt:

☐

Ja

☐

Nei

Underskrift

Jeg samtykker til at det opprettes pasientjournal

Sted	Dato	Søkers underskrift

Behøver du hjelp med utfylling av søknaden, kontakt Tjenestekontoret i Helse og omsorg.
Telefon 76 10 90 00 mellom kl 10.00-14.00.

Søknaden sendes til:

Sortland kommune

Tjenestekontoret

postboks 117

8401 Sortland

Husk skjema for samtykke på side 4

ERKLÆRING OM SAMTYKKE, BARN

(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 samarbeide, må det foreligge samtykke til utveksling av taushetsbelagte opplysninger fra brukeren selv, foreldre med foreldreansvar og daglig omsorg, eller andre som kan samtykke på brukerens vegne.

I den forbindelse samtykker jeg/vi til at taushetsplikten kan oppheves når det gjelder opplysninger som nødvendige for behandlingen av saken. Samtykket gjelder følgende instanser og varer inntil arbeidet med saken er avsluttet, eller til samtykket trekkes tilbake. Følgende situasjon/sak foranlediger samtykket:

Samtykket gjelder for eventuelt å kunne gi et helhetlig tilbud til:

_____ Født: _____

Kryss av for instanser som fritas for taushetsplikten i denne saken:

- | | |
|--|---|
| ☐ Skolehelsetjenesten/helsestasjonen | ☐ Vesterålen barnevern |
| ☐ PPD (Pedagogisk Psykologisk tjeneste) | ☐ Skolen |
| ☐ BUP (Barne- og ungdomspsykiatrien) | ☐ Politi |
| ☐ Avd. psykisk helse og rus | ☐ NAV |
| ☐ Fastlege | ☐ Barneheten |
| ☐ Fysioterapi/ergoterapi | ☐ Ambulent rehab/habteam |
| ☐ Hjemmetjenesten | ☐ Avlastning |
| ☐ Kommunepsykolog | ☐ Tjenestekontor |
| ☐ Sykehus: _____ | ☐ Miljøtjenesten |
| ☐ VOP | ☐ Andre: _____ |

Samtykket gjelder for perioden fra _____ til _____

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift

Foresatte, verge eller andre ansvarlige

Underskrift

Foresatte, verge eller andre ansvarlige

Underskrift

Ungdom f.o.m. 16 år