



## Barn- og ungetjenesten- habilitering

### Henvissende instans:

- |                   |                          |                   |                                    |
|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------------|
| PP – tjeneste     | <input type="checkbox"/> | Hjemmetjeneste    | <input type="checkbox"/>           |
| Helsesøster       | <input type="checkbox"/> | Familievernkontor | <input type="checkbox"/>           |
| Psykistritjeneste | <input type="checkbox"/> | Helseinstitusjon  | <input type="checkbox"/>           |
| Sosialtjeneste    | <input type="checkbox"/> | Lege              | <input type="checkbox"/>           |
| Skole             | <input type="checkbox"/> | Andre             | <input type="checkbox"/> Hvem..... |

.....

**Kontaktperson:**.....

**Telefonnr:**.....

**Hvilke oppgaver skal støttekontakten ha?**

.....  
.....  
.....

**Helsemessige/ sosiale/ andre forhold: (kan fylles ut av henvissende instans)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Bruk eventuelt tilleggsskriv  
Legg ved informasjon om nødvendig**

**Sted og dato**.....

**Underskrift**.....