

Søknad om psykiske helsetjenester for barn og unge i Trøgstad
(etter helse- og omsorgstjenesteloven; §§ 3.1 og 3.3)

Barnet / ungdommen det søkes for:	
Navn:	Personnummer:
Adresse:	Telefon:
Postnr/sted:	
Skole:	Klasse:

Foreldre / Foresatte:	
Mor:	Far:
Adresse:	Adresse:
Postnummer/-sted	Postnummer/-sted:
Telefon:	Telefon:

Har mor og far delt foreldreansvar? Ja ___ Nei ___.
Hvis nei, hvem har foreldreansvar?

Hvis barnet er under 16 år, må den / de som har foreldreansvar samtykke til at barnet mottar helsetjenesten. Husk samtykke fra begge foreldre hvis delt foreldreansvar.

Mors samtykke: _____ (dato) _____ (sign.)

Fars samtykke: _____ (dato) _____ (sign.)

Annen foresatts samtykke: _____ (dato) _____ (sign.)

Bakgrunn for søknaden / beskrivelse av barnet / ungdommen: (legg gjerne ved eget ark)

Dato: _____ **Underskrift:** _____
(barnet / ungdommen selv, forelder, lærer, helsesøster eller annen voksen)