



MERK: Send ikke dette skjemaet som vedlegg til e-post hvis det inneholde sensitive helseopplysninger. Du kan enten skrive ut et tomt skjema og fylle det ut for hånd, eller fylle det ut på PC og deretter skrive det ut.

Levér det personlig til kommunen eller send det i brev

Psykologtjenesten, Askøy kommune  
Klampavikvegen 1  
5300 Kleppestø

Henvisning til  
**PSYKOLOGTJENESTEN**

Avd. Barn og Familie, Askøy kommune

**Fullt navn:**

**Fødselsdato:**

**Adresse:**

**Telefonnummer til den henviste, eller foresatte, eller begge (angis):**

**Henvist av:**

**Henvisningsdato:**

**Informasjon om deg:** Hvem bor du/den henviste med? Hva jobber du/den henviste med? Hvor går du/den henviste på skole eller i barnehage? Evt. informasjon om sykmelding/skolevegring etc.

**Vansker/symptomer:** Hva er dine/den henvistes plager? Beskriv for eksempel tristhet, angstelse, atferdsvansker, søvnvansker.

**Funksjon - hvordan påvirker plagene livskvaliteten?** Beskriv funksjonsfall, for eksempel sykmelding, skolevegring, sosiale vansker, sosial isolasjon, forandret atferd, vansker med å gjennomføre daglige gjøremål, konflikter etc.

**Hvor lenge har vanskene pågått?**

**Hva trenger du hjelp til?**

**Mestringstilbud for voksne**

- Angstmestringsgruppe
- Mestring av panikkangst
- Selvfølelsesgruppe
- Søvnkurs
- Grubling og bekymring (18-30år)

**Mestringstilbud for barn**

- Angstmestringsgruppe (8-12år)
- Selvfølelsesgruppe (13-17år)
- Tilknytningsbasert samspillsveiledning for foreldre (COS-P veiledning)
- Foreldreveiledning til minoritetsforeldre (DUÅ-veiledning)