OPLYSNINGSSKEMA

Fremskudt Funktion - Mind-Changers gruppeforløb

Alle felter skal udfyldes – skemaet sendes til psykolog Louise Schmidt Seholt, louise.schmidt@svendborg.dk

|  |  |
| --- | --- |
| Skema udfyldt af:Navn, stillingsbetegnelse, mail og tlf. nr.Dato: |  |
| Navn på barnet/den ungeCPR-nr.: |  |
| Oplysninger på begge forældre:Navn, adresse, tlf. nr. og cpr. nr. (sidstnævnte da evt. breve/dokumenter sendes via e-Boks)Ved skilsmisse udfyld nedenstående:Fælles forældremyndighed? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Barnet/den unge har bopæl hos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mor:Far: |
| Barnets/den unges skole:Primær kontaktperson på skolen:Navn, relation, mail og tlf. nr. |  |
| Er barnet/den unge tilknyttet Familieafdelingen, PPR, psykiatrien eller øvrige fagpersoner?Hvis ja – kontaktoplysninger på disse: |  |
| Praktiserende læge:Navn, adresse, tlf. nr. |  |
| Er der fysisk/psykisk sygdom eller misbrug i familien? |  |
| Andre væsentlige familieforhold ift. barnet/den unge? |  |
| Årsag til indstilling til Mind-Changers gruppeforløb/tegn på mistrivsel: |  |
| Barnets/den unges ønsker for og indstilling til deltagelse i gruppeforløbet: |  |
| Evt. relevante bilag (fx PPV, skoleudtalelse, journalnotat fra psykiatrien): |  |