



Kontaktskjema til TIMS

Dato: (dd.mm.åååå)

Eier av sak: (kontaktperson)

Enhet og avdeling:

Gutt:

Jente:

Barnets alder:

Har barnets foreldre samtykket til at TIMS-teamet kan kontaktes:

JA:

NEI:

Merknad:

--

Hva er det som bekymrer deg:

Anmodningen gjelder	X	Beskriv utfordringen
Fravær/skulk		
Helseplager		
Adferdsuttrykk		
Mobbing		
Stress i familien (skilsmisse, sykdom, annet)		
Mors/fars helse		
Annet:		

Har barnet eller familien vansker på andre områder?

Hva slags hjelp ønskes fra TIMS-teamet?

	X	Beskriv
Drøfting/refleksjon		
Veiledning – ansatte		
Veiledning – foreldre		
Vurdering/kartlegging		
Støttesamtaler (barn)		
Stafettlogg		
Annet:		

Har andre hjelpeinstanser vært kontaktet?

Tjeneste/enhet	X	Beskriv
Helsesykepleier		
Fysioterapeut		
PPT		
Barnevern		
Foreldreveileder		
Fastlege		
BUP		
Sykehus		
Andre, spesifiser:		

Annen informasjon:

Kontaktopplysninger:

Telefon:

E-post: