OPLYSNINGSSKEMA TIL FREMSKUDT FUNKTION

**Udfyld nedenstående om sagen Kommune:**

|  |  |
| --- | --- |
| Udfyldt af:Dato: |  |
| Kontaktoplysninger på indstiller:*(Praktiserende læge, Psykiatrien, PPR)* |   |
| Barnet/den unges navn og alder/CPR-nr.: |  |
| Forældres navn og tlf. nr.*(Cpr-nr. hvis referat skal sendes via E-boks)* |  |
| Praktiserende læge:*(Navn, adresse, tlf.nr.)* |  |
| Barnets eller den unges skole |  |
| Overvejelser omkring frivillig indsats  |  |
| Deltagere på sparringsmødet:*(Udfyldes på sparringsmødet)* |  |

|  |
| --- |
| **Beslutningsreferat** (yderligere notater tages af mødedeltagene) **Dato:** |
| **Konkrete aftaler** – herunder hvem der er tovholder på aftalerne: |

|  |  |
| --- | --- |
| Er barnet/den unge tilknyttet socialrådgiver, PPR eller øvrige fagpersoner?:*(Evt. kontaktoplysninger)* |  |
| Tidligere tiltag og indsatser:*(Skole, PPR og familieafdeling)*Herunder vurderinger af forløb/behandling: |  |
| Er der fysisk/psykisk sygdom eller misbrug i familien: |  |
| Andre væsentlige familieforhold ift. barnet: |  |
| Tegn på mistrivsel:*(I skolen, hjemmet eller fritidsaktiviteter)* |  |
| Formål med drøftelse på sparringsmøde: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Referat sendes til: |  |