



behandling og  
rådgivning for  
flygtninge

Dato:

Lb.nr

Beh:

Sagsansv.

Udfyldes af Oasis

## BØRNESKEMA

Udfyldes for uledsagede mindreårige flygtningebørn samt børn, der henvises uden samtidig forældrehenvisning

Felter mærket med \* skal udfyldes

Oplysninger om henviser		
*Læges/kommunal lægekonsulents navn (tydeligt)		*Adresse eller stempel
Husk værges og læges underskrifter bagest i skemaet		
Evt. henvisende kommune		
Adresse		
Kontaktperson	Tlf.	E-mail

Barnets navn: _____	Cpr. nr.: _____
Bopæl: _____	

*Forældrenes/værges navne og adresse(r)	
Faderens el. værges navn: _____	Moderens navn: _____
Gade: _____	Gade: _____
Postnr./By: _____	Postnr./By: _____
Mobiltelefon.nr.: _____	Tlf./mobiltlf.nr.: _____
Cpr.nr.: _____	Cpr.nr.: _____

Patientens kontaktoplysninger (fortsat)

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

**Til patienter der er fyldt 15 år**



Oasis vil gerne have mulighed for at sende breve til dig via e-boks. På den måde kan du få vigtig information fra os hurtigt og sikkert.

Vi må ikke sende breve med fortrolige oplysninger til din almindelige e-mail pga. lovgivningen, og hvis vi sender fysiske breve til din gadeadresse, er det både dyrt og langsomt.

Derfor beder vi dig give os tilladelse til at sende digital post til din e-boks.

**Ja, jeg vil gerne modtage post fra Oasis i min e-boks**  (sæt x) Underskrift: \_\_\_\_\_

Udfyldes og underskrives af patienten, sendes sammen med henvisningsskemaet.

\*Oprindelsesland: \_\_\_\_\_ \*Talte sprog: \_\_\_\_\_

\*Behov for tolk: Nej Ja

Årstal for ankomst til Danmark: \_\_\_\_\_

Uledsaget mindreårig flygtning: Ja Nej

**Barnets skole:**

Skolens navn: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Evt. støtteforanstaltninger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Daginstitution:**

Institutionens navn: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Evt. støtteforanstaltninger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Andre professionelle kontakter:**

Psykolog

Støttepædagog

Plejefamilie/aflastningsfamilie

Andre

**Kontakt:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Henvisningsårsag:**

(Beskrivelse af barnets baggrund, psykiske, fysiske og sociale problemer samt barnets motivation for behandling. )

**Diagnoseforslag:****Torturskader:****Medicinsk behandling/psykofarmaka:****Misbrug:****Selvmondsrisiko:**

Relevante lægelige journaloplysninger bedes vedlagt dette skema.

**\* Er patienten/patienterne opført på venteliste hos andre behandlingscentre?**

Nej Ja Center:

**Underskrifter**

\_\_\_\_\_  
\* Dato:

\_\_\_\_\_  
\* Læges/kommunal lægekonsulents underskrift

\_\_\_\_\_  
\* Forælders/værges underskrift