

Meldingsskjema

Offentlig innmelder

Sak

Dato

Barnet

Navn		Fødselsnr.	
Adresse			Tlf.
Kjønn	Statsborgerskap	- spes.	Språk
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet: _____

Foreldre

Far:	Navn	Fødselsnr.
	Adresse	Tlf.
	Fødeland	Språk - spes. <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet: _____
Mor:	Navn	Fødselsnr.
	Adresse	Tlf.
	Fødeland	Språk - spes. <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet: _____

Meldingsinstans

Navn/instans	Tlf.
Adresse	
Kontaktperson	

Henvendelse

Meldingens saksinnhold (jfr. SSB-data) (Flere forhold kan krysses av)

 Omsorgssvikt/mishandling
 Forholdene i hjemmet, særlig behov
 Atferdsavvik hos barnet
 Annet

Utdypende redegjørelse

Når ble forholdene observert?

Hva har innmelder gjort i saken?

Hvem er det henvist til?

Bekymringen tatt opp med:	Barnet	Foreldrene	Andre	Hvis ja, med hvem?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Er foreldrene kjent med at barneverntjenesten varsles?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Ved muntlig henvendelse	Ble meldingen lest opp og godkjent av melderer?		Ble melderer orientert om videre saksgang (barneverntjenestens arbeidsmåte), lovgrunnlag, taushetsplikt m.m.?	
	<input type="checkbox"/> Ja	Dato <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

FOR BARNEVERNTJENESTEN: (SSB-data)

Henvendelse														
Henvendelsen mottatt:	Mottatt av (sign.)	Fordelt saksbehandler		Hvis ja, navn										
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei													
Dato for mottak:	Henvendelsens form													
	<input type="checkbox"/> Skriftlig	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Møte	<input type="checkbox"/> Annet: _____										
- spes. _____														
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td> <td>mnd.</td> <td>år</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dag	mnd.	år		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
dag	mnd.	år												
Konklusjon														
Dato for avsluttet gjennomgang:	<input type="checkbox"/> Meldingen henlagt		<input type="checkbox"/> Saken undersøkes videre (akuttsak § 4-6 eller undersøkelse § 4-3)											
	<input type="checkbox"/> Meldingen henlagt		<input type="checkbox"/> Saken undersøkes videre (akuttsak § 4-6 eller undersøkelse § 4-3)											
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td> <td>mnd.</td> <td>år</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dag	mnd.	år		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
dag	mnd.	år												
Evt. andre opplysninger														