

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	
	Fødeland	Språk - spes.
	<input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annet	
Mor:	Navn	Fødselsnr.
	Adresse	
	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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Foreldrene <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Andre <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, med hvem?
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Ble melderer orientert om videre saksgang (barneverntjenestens arbeidsmåte), lovgrunnlag, taushetsplikt m.m.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

FOR BARNEVERTJENESTEN: (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> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td> <td>mnd.</td> <td>år</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>										
dag	mnd.	år													

Konklusjon													
Dato for avsluttet gjennomgang:	<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> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td> <td>mnd.</td> <td>år</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>								
dag	mnd.	år											
<input type="checkbox"/> Meldingen henlagt <input type="checkbox"/> Saken undersøkes videre (akuttsak § 4-6 eller undersøkelse § 4-3)													

Evt. andre opplysninger