|  |
| --- |
| Opstartsskema |

Henrik Pontoppidans Vej 8

2200 København N

&

Milnersvej 35B

3400 Hillerød

Telefon +45 3317 3030

boernehushovedstaden@kk.dk

www.boernehus-hovedstaden.dk

Den dato

|  |
| --- |
| GENERELLE OPLYSNINGER |

Dato for opstået bekymring (ift. fristen på 4 måneder, jf. servicelovens § 50, stk. 7): dato

**Angiv en af følgende:**

Dato for beslutning om iværksættelse af børnefaglig undersøgelse (jf. servicelovens § 50) på baggrund af den nuværende mistanke om overgreb: dato

Dato for beslutning om revidering af tidligere børnefaglig undersøgelse på baggrund af den nuværende mistanke om overgreb: dato

|  |
| --- |
| OPLYSNINGER OM HANDLEKOMMUNE |

Handlekommune

Betalingskommune

Afdeling

Adresse

Kontaktperson

Stilling

Tlf.

E-mail

|  |
| --- |
| Følgende barn/børn henvises til Børnehuset |

Navn(e)

Cpr.nr.

Adresse

Kontaktperson

Skole/dagtilbud

Skal der anvendes TOLK ved samtaler? Ja/nej + angivelse af sprog (ved ja).

|  |
| --- |
| **BAGGRUND FOR AT SAGEN SENDES I BØRNEHUSet** Hvilke hændelser har ført til beslutningen?  |

|  |
| --- |
| **FORELIGGER DER UNDERRETNINGER OM BARNET/Børnene?** (beskriv hvilke og fra hvem de er sendt) |

|  |
| --- |
| **Oplysninger om forældremyndighedsindehaver(e)** |
|  | 1. | 2. |

Navn

Cpr.nr.

Stilling

Adresse

Tlf.

Evt. e-mail

Skal der anvendes TOLK ved samtaler? Ja/nej + angivelse af sprog (ved ja).

|  |
| --- |
| **Eventuel forælder uden forældremyndighed (eller samlever, plejeforældre mm.)** |
|  | 1. | 2. |

Navn

Cpr.nr.

Stilling

Adresse

Tlf.

Evt. e-mail

|  |
| --- |
| **Øvrige børn i familien**Navn, CPR-nummer, adresse, helsøskende/halvsøskende/stedsøskende. Oplys gerne hvilke søskende, barnet/børnene bor sammen med. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Er der opstartet børnefaglige undersøgelser vedr. denne/disse søskende?

|  |
| --- |
| **Øvrige relevante oplysninger**Eventuelt stillede diagnoser vedrørende de enkelte familiemedlemmer eller andre problemstillinger hos barnet eller familien med relevans for det formodede overgreb? Andet? |

|  |
| --- |
| TVÆRSEKTORIELLE OPLYSNINGER |

|  |
| --- |
| **I hvilken sektor er den aktuelle sag vedrørende mistanke om overgreb startet?** Politi, sundhedsvæsen eller kommune.  |

|  |
| --- |
| **Har kommunen iværksat foranstaltninger i forhold til barnet/Børnene?**Beskriv hvilke foranstaltninger. Eventuelt navn, adresse, telefonnummer på relevante professionelle. |

|  |
| --- |
| **Hvilken dato Er sagen anmeldt til politiet/sparret med politiet?**Dato for politianmeldelse eller telefonisk sparring, og hvilken politistation sagen er anmeldt til. Anden kontakt til politiet. Navn, arbejdsplads/afdeling og telefon på relevante professionelle. |

DATO FOR ANMELDELSE/SPARRING:

**Er forældrene orienteret omkring sparring med politiet?**

**Ja Nej**

|  |
| --- |
| **Er barnet/børnene blevet afhørt af politiet?**Angiv om barnet/børnene er blevet afhørt og dato for afhøring *(Afhøring dækker over afhøring til papir og videoafhøring).* |

DATO FOR AFHØRING:

|  |
| --- |
| **Har barnet/børnene været i kontakt med sundhedsvæsenet?**Undersøgt på hospitalet eller anden kontakt til sundhedsvæsenet. Navn, arbejdsplads/afdeling og telefon på relevante professionelle. |

DATO FOR EVT UNDERSØGELSE:

**Har der været kontakt med Familieretshuset?**

Navn og telefon på kontaktperson

NAVN OG TLF:

|  |
| --- |
| DOKUMENTER/SAGSAKTER |

**Følgende dokumenter/sagsakter ønskes vedlagt opstartsskemaet, hvis de foreligger i sagen:**

• Underretningen eller andet dokument, der har givet anledning til viden eller mistanke om overgreb

• Den lovpligtige børnesamtale, der knytter sig til underretningen

• Politianmeldelsen

• Tidligere udarbejdede børnefaglige undersøgelser

• Relevante psykologfaglige udredninger

|  |
| --- |
| **Følgende relevante dokumenter/sagsakter er vedlagt henvisningsskemaet:** |

1.

2.

3.

Det udfyldte opstartsskema og evt. bilag sendes som word-fil til boernehushovedstaden@kk.dk via Send Sikkert.