|  |
| --- |
| Henvisning til specialiseret supervision |

*Henvisningsskemaet sendes til Børnehusets hovedmail på*

*boernehus-hovedstaden@kk.dk og i emnefeltet bedes skrevet teksten ”Relateret ydelse”*

**Supervisionen retter sig mod personale i:**

Svendborggade 5, 1. sal,

2100 København Ø

Henrik Pontoppidans Vej 8,

2200 København N

Milnersvej 35B

3400 Hillerød

Telefon   
+45 3317 4500  
+45 3317 3030

[boernehushovedstaden@kk.dk](mailto:boernehushovedstaden@kk.dk)

www.boernehus-hovedstaden.dk

Den dato

□ Plejefamilie   
□ Opholdssted  
□ Skole/Institution  
□ Andre:

|  |
| --- |
| **Barnets navn og cpr.nr:** |
| **Barnets adresse og kontaktoplysninger:** |
| **Navne og telefonnummer på forældre**  Forældremyndighedsindehaver(e): |
| **Oplysninger på ansvarlig myndighedsrådsgiver:**  (Kommune, telefonnummer, mailadresse, EANnr) |
| Navn, adresse og telefonnummer på kontaktperson for barnet: |

|  |
| --- |
| Kort beskrivelse af baggrund og mål for henvisningen til supervisionen: |

|  |
| --- |
| **Supervisionens varighed:**  **□** 3 gange af 1-3 timers varighed i løbet af 3 mdr.  **□** 6 gange af 1-3 timers varighed i løbet af 6 mdr.  □ 8 gange af 1-3 timers varighed i løbet af 1 år |

|  |
| --- |
| **Eventuelt ønske til, hvor ydelsen leveres:**  **□** København  **□** Hillerød |

|  |
| --- |
| **Oplysninger om igangværende foranstaltninger:**  (Herunder indsatsernes omfang og varighed) |

|  |
| --- |
| **Relevante sagsakter vedlagt:**  □ Afsluttende notat fra Børnehus Hovedstaden □ Børnefaglig undersøgelse □ Handleplan □ Andre relevante sagsakter  Angiv hvilke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |