|  |
| --- |
| 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

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |