|  |
| --- |
| Henvisning til stabiliserende og støttende samtaler |

*Henvisningsskemaet sendes til Børnehusets hovedmail på*

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

|  |
| --- |
| **Barnets navn og cpr.nr:** |
| **Barnets adresse og kontaktoplysninger:** |
| **Navne og telefonnummer på forældre**  Forældremyndighedsindehaver(e): |

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.fønix-hovedstaden.dk

www.boernehus-hovedstaden.dk

Den dato

|  |
| --- |
| **Oplysninger på ansvarlig myndighedsrådsgiver**:  (Kommune, telefonnummer, mailadresse, EANnr) |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse af baggrund for henvisning:** |

|  |
| --- |
| **Ydelsens omfang og varighed:**  □ Pakke 1: 5 sessioner  □ Pakke 2: 10 sessioner |

|  |
| --- |
| **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |