

**Barnets fulde navn:**

**Cpr-nr.:**

.....

**Adresse:**

**Postnr. og by**

.....

**Skole** .....

**Daginstitution/børnehave** .....

**Fritidsordning(fritidshjem/klub/adresse)** .....

Forældremyndighed (sæt kryds)

mor:

far:

fælles:

Mors navn .....

Cpr-nr. ....

Adresse .....

Postnr. og by .....

Telefonnr. ....

Stilling og arb.nr. ....

E-mail.....

Fars navn .....

Cpr-nr. ....

Adresse .....

Postnr. og by .....

Telefonnr. ....

Stilling og arb. ....

E-mail.....

**Søskende (navn og cpr-nr.)**

.....

Cpr-nr. ....

.....

Cpr-nr. ....

.....

Cpr-nr. ....

Hvordan har du/I fået kendskab til klinikken? .....

.....

Hvad ønsker du/I hjælp til:

Hvorfor søge hjælpen netop nu? .....

Hvor længe har vanskeligheder eksisteret? .....

Har du/I tidligere haft kontakt med psykolog eller psykiater?

Hvor/Hvornår? .....

Oplysninger som i øvrigt kan hjælpe os til at forstå din/jeres situation bedre (Evt. fysiske helbredsproblemer).

Udfyldt af:

Dato: