**HENVISNING TIL BEHANDLING TIL BØRN OG UNGE MED
SEKSUELT BEKYMRENDE ADFÆRD**

*Henvisningsskemaet sendes til Fønix Hovedstadens hovedmail på*

*fonix@kk.dk*

|  |
| --- |
| **Barnets navn og cpr-nummer:** |

Svendborggade 5, 1. sal

2100 København Ø

&

Milnersvej 35B

3400 Hillerød

Telefon

+45 3317 4500

fonix@kk.dk

www.fønix-hovedstaden.dk

Den dato

|  |
| --- |
| **Barnets adresse kontaktoplysninger:** |
| **Navne og telefonnummer på forældre**Forældremyndighedsindehaver(e): Søskendes navn og alder: Andet relevant netværk: |
| □ Hjemmeboende □ Anbragt (□med samtykke / □uden samtykke) |
| **Oplysninger på ansvarlig myndighedsrådsgiver:** (Kommune, telefonnummer, mailadresse, EANnr)  |
| **Hvis ja - sæt X:**□ Er der foretaget undersøgelse ved Fønix pba. SBA□ Har Børnehus Hovedstaden været involveret i sagen? □ Har Ungdomskriminalitetsnævnet været involveret i sagen?□ Er sagen politianmeldt?□ Er barnet/den unge udredt i psykiatrien?  |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse af baggrund for henvisning:**(Beskriv bekymrende seksuel adfærd)**Hvad ønskes der hjælp til:** |

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

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

|  |
| --- |
| **Relevante sagsakter vedlagt:**□ Afsluttende notat fra Børnehus Hovedstaden□ Børnefaglig undersøgelse□ Handleplan□ Udtalelser og/eller underretninger□ PPV eller tidl. psykologiske undersøgelser □ Andre relevante sagsakter Angiv hvilke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |