 

For Fysio- og ergoterapitjenesten

Mottatt dato:

Avvik:

**HENVISNINGSSKJEMA TIL FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTEN FOR BARN OG UNGE 0-18 ÅR**

|  |
| --- |
| Kryss av for aktuelle tjenester: **ERGOTERAPI**[ ]  **FYSIOTERAPI** [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger om barnet:** | **Opplysninger om foresatte/pårørende:** |
| **Fornavn:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Etternavn:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Fødsels- og personnr (11 siffer):** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Adresse:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Postnr/sted:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Barnehage/skole:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Kontaktperson barnehage/skole:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Helsesykepleier:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | **Foresatt 1:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Adresse:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Postnr/sted:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Tlf:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Epost**: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| **Foresatt 2:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Adresse:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Postnr/sted:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Tlf:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Epost:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| **Diagnose(r):** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | **Er barnet i kontakt med andre instanser?** **Ja** [ ]  **Nei** [ ] **Hvis ja, hvilke:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| **Behov for tolk:** [ ]  | **Språk:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| **Foresatte samtykker til henvisningen** [ ]  |

|  |
| --- |
| **Opplysninger om henviser/fagperson:** |
| **Henvist av:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Tilknytning/Arbeidssted:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Tlf:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Henvist dato:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra henviser/fagperson:** |
| ***En god beskrivelse er viktig for at vi skal kunne prioritere riktig iht prioriteringsnøkkel*****Beskriv barnets aktivitets-/funksjonsvanske og når dette oppstod:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Hvilke utfordringer skaper dette i barnets hverdag?** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Hva ønskes det hjelp til?** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.**Annet:** Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |

Henvisningen sendes til:

Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge

Postboks 63

1483 Hagan