 

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