**Henvisning til Ergoterapi- og fysioterapitjenesten til barn og unge**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** | **Fødselsnummer (11 siffer):** |
|  |  |
| **Adresse:** | **Telefon:** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Foresatt:** | **Foresatt:** |
|  |  |
| **\*Fødselsnummer (11 siffer):** | **\*Fødselsnummer (11 siffer):** |
| **Adresse:** | **Adresse:** |
|  |  |
| **Telefon:** | **Telefon:** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage/skole - kontaktperson:** | **Telefon:** |
|  |  |
| **Fastlege:** | **Telefon:** |
|  |  |
| **Behov for tolk/språk:** | **Mindreårige søsken**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Til hvilken tjeneste gjelder henvisningen:** |
| [ ]  Fysioterapi | [ ]  Ergoterapi | [ ]  Syn/hørsel |
| **Aktuell problemstilling gjelder:** |
| [ ]  Aktivitetsproblem[ ]  Trening/behandling[ ]  Annet\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Hjelpemidler[ ]  Boligtilrettelegging | [ ]  Velferdsteknologi |

|  |
| --- |
| **Beskrivelse av aktuelle problemstillinger og utfordringer i hverdagen. Bruk vedlegg om nødvendig.** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose:** |  |
|  |  |
| **Henvendelse fra:** |  |
|  | [ ]  Epikrise/rapport følger vedlagt |
| **Stilling:** | **Arbeidssted:** | **Telefonnummer:** |
|  |  |  |
| Foresatt/verge har gitt samtykke til henvisningen, ogbarnet/ungdommen er informert om henvisningen | [ ]  Ja | [ ]  Nei |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sted:** | **Dato:** | **Foresattes underskrift:** |  |
|  |  |  |

\*Fødselsnummer på foresatte er nødvendig for å kunne sende digitale brev.