**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, og  barnet/ungdommen er informert om henvisningen | | | | Ja | Nei |

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

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