|  |
| --- |
| **HENVISNING TIL FYSIOTERAPEUT FOR BARN OG UNGE****Familie- og inkluderingsenheten** |
| **Barnets navn** | **Fødelsnummer (11 siffer)** |
|  |  |
| Adresse 1 | Adresse 2 |
|  |  |

|  |
| --- |
| **FORESATTE** |
| Foresatt 1 | Adresse | Telefon |
|  |  |  |
| Foresatt 2 | Adresse | Telefon |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **SAMARBEIDSPARTNERE** |
| Fastlege\* |
|  |
| Barnehage/ skole | Kontaktperson/ kontaktpersoner  |
|  |  |
| Andre samarbeidspartnere (PPT, logoped, barnevern, familieteam, ergoterapeut, BUP, barneavdeling, andre). | Kontaktperson/ kontaktpersoner |
|  |  |

|  |
| --- |
| **HENVISNINGSINFORMASJON** |
| Henviser | Henvisningsdato |
|  |  |
| Henvisningsårsak/ behov: Barnets/ ungdommens ressurser og utfordringer, hvilke utfordringer dette har for fungering i hverdagen (hjemme, barnehage, skole og fritid). Hva ønskes det hjelp til? |
|  |

|  |
| --- |
| **SAMTYKKE** |
| «Foresatte samtykker til at barnet/ ungdommen henvises til fysioterapeut for barn og unge. Relevant informasjon kan utveksles med aktuelle samarbeidspartnere og at rapport fra tjenesten kan sendes til aktuelle tjenester». Kryss av i felt for samtykke:  |
| **Sted, dato** | **Underskrift foresatte** |
|  |  |
|  |  |

\*bør fylles ut