

**Henvisning til Fysio- og ergoterapitjenesten**

**for barn og unge 0-20 år**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn:** |  | |  | **Fødselsnr: (11 siffer)** |  |
| **Adresse:** |  | |  | **Telefon:** |  |
| **Postnr.:** |  | **Poststed**: |  | **Mobil tlf:** |  |
| **Pårørende:** |  | |  | **Telefon:** |  |
| **Barnehage/skole:** |  | |  | **Telefon:** |  |
| **Fastlege:** |  | |  | **Telefon:** |  |
| **Behov for tolk:** | JA | | NEI | **Språk:** |  |

|  |
| --- |
| *Løpenr. profil:* |

* **Hva ønsker du hjelp til?** (Sett kryss i aktuell boks)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vurdering/Kartlegging angående:** | | | | **Trening/Behandling:**   |  | | --- | |  | |  |     Gruppetrening  Individuell behandling | | | | |
| Aktivitetsproblem  Trening/Behandling  Hjelpemidler  Boligtilrettelegging  Annet | |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  | Må behandling skje i hjemmet JA  NEI | | | | |
| **\* Beskriv aktuelt problem og eventuell diagnose:** | | | | | | | | |
| **\* Hva ønsker du hjelp til?** | | | | | | | | |
| \* **Har du kontakt med andre instanser, og eventuelt hvilke?** | | | | | | | | |
| Henvist av: |  | | | | | | | | |
| Stilling: |  | | | | Arbeidssted: |  | | | |
| Dato: |  | | | | Mottatt av: |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*** Pasient/verge/foresatte har gitt samtykke til henvendelsen | | | | | | |  |  | |
| |  | | --- | |  |   **\*** Pasient/verge/foresatte samtykker til innhenting av informasjon fra andre samarbeidspartnere | | | | | | | | | |
| Underskrift foresatte: | | | | | | | | | |

Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge er praksisplass for studenter.



Dersom du **ikke** ønsker besøk av **studenter** – sett kryss:

* Felt merket med stjerne må fylles ut!

Revidert 02.03.21