**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