



Henvisning til ergo- og fysioterapitjenesten for barn og unge

(Sett kryss): Ergo Fysio

Barnets navn:	Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:	Postnr./Poststed:
Mor/Foresatt: Adresse: Postnr./Poststed: Tlf:	Far/Foresatt: Adresse: Postnr./Poststed: Tlf:
Annet:	
Behov for tolk: ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, språk:	Fastlege:

Evt. Diagnose Beskriv aktuelt aktivitets-/ funksjonsproblem Hvilke følger får dette i det daglige?	(Bruk baksiden eller legg ved egen rapport for utfyllende opplysninger)
Syn og hørsel	(er det mistanke om redusert syn og/eller hørsel, evt er syn og/eller hørsel testet)
Hva ønskes det hjelp til?	(f.eks undersøkelse, kartlegging, oppfølging, tilrettelegging, veiledning med mer)
Er barnet henvist til andre instanser/tjenester?	(Instans og evt kontaktperson)
Henvist av:	Dato:
Arbeidssted/Stilling:	Tlf.nr:
Samtykke: _____	(Muntlig samtykke: <input type="checkbox"/>)
(underskrift)	

Til internt bruk:

Mottatt av:	Dato mottatt:	Prioritet:
Dato tildelt:	Terapeut:	Dato oppstart:
Ventelistebrev sendt (sett kryss)	Dato sendt:	Utgår dato: