



Nesodden kommune

Barn, unge og familie

Forebyggende helse barn og unge.

Inn: _____

I.kontakt: _____

Ut: _____

HENVISNING

FYSIOTERAPI OG ERGOTERAPI FOR BARN OG UNGE 0 – 20 år

Barnets/ungdommens navn: _____ **Født:** _____

Adresse: _____

Mor / Foresatt

Navn: _____ **Tlf. privat:** _____ **Mobil:** _____

Adresse: _____

E-post: _____

Far / Foresatt

Navn: _____ **Tlf. privat:** _____ **Mobil:** _____

Adresse: _____

E-post: _____

Etnisk tilhørighet: _____

Behov for tolk? _____

Barnehage/Skole, trinn: _____

Fastlege: _____

Diagnose: _____

Årsak til henvisning: _____

Henvisningen gjelder, kryss av for:

Fysioterapi:

Ergoterapi:

Tekniske hjelpemidler:

Andre instanser som har kontakt med barnet/ungdommen/familien: _____

Samtykke til at Fysio - og ergoterapitjenesten for barn og unge utveksler informasjon med andre som er involvert, dersom dette vurderes som nødvendig: Ja Nei

Samtykke mor Samtykke far

Begge med foreldreansvar må samtykke til hjelp for barn under 16 år (Pas.rett lov §4-4, 1.ledd)

Henviser: _____

Navn: _____

Dato: _____ **Tlf:** _____

Underskrift: _____

Forebyggende helse barn og unge, Nesodden kommune,
Postboks 144, 1450 Nesoddtangen