|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Henvendelse til ergo- og fysioterapitjenesten for barn og unge**Barnets navn: Adresse:Født: Foresatt: Foresatt:Telefon: Telefon:Adresse: Adresse: Barnehage/skole: Avd:/klasse Kontaktperson: Epost: Telefon:

|  |
| --- |
|  |

**Hva er årsaken til at det ønskes kontakt med fysioterapeut: (problemstilling/ diagnose og varighet)** **Hva ønskes det hjelp til?** **Andre instanser barnet er i kontakt med:** Når henvendelsen er mottatt blir du kontaktet av ergo- eller fysioterapeut. Alle henvendelser vurderes og blir prioritert etter en fastsatt prioriteringsnøkkel.**Samtykke:** Foresatte samtykker til henvendelsen til ergo- og fysioterapitjenesten. Foresatte samtykker til at ergo- og fysioterapitjenesten kan innhente relevant informasjon fra aktuelle samarbeidsinstanser, og at rapport sendes aktuelle instanser i etterkant.Samtykket gjelder samarbeid med følgende instanser: Helsestasjon/skolehelsetjeneste Barnehage/skole PPT Barnevern Andre kommunale helse- og omsorgstjenester Spesialisthelsetjeneste, spesifiser Nav, spesifserJeg er kjent med at samtykket kan trekkes tilbake.Dato: ………………………… Underskrift: ………………………………………………………………………………………………….Sendes per post til: Barne- og familiesenteretErgo- og fysioterapi for barn og ungeLanggaten 453080 Holmestrand |