|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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, spesifser  Jeg er kjent med at samtykket kan trekkes tilbake.  Dato: ………………………… Underskrift: ………………………………………………………………………………………………….  Sendes per post til:  Barne- og familiesenteret  Ergo- og fysioterapi for barn og unge  Langgaten 45  3080 Holmestrand |