| **HENVISNING TIL ERGO- / FYSIOTERAPEUT I BARNETEAMET** |
| --- |

| Barnets navn: |  |
| --- | --- |
| Fødsels- og personnummer: | |
| Barnets adresse: | |
| Talespråk: | |
| Behov for tolk:  ja  nei | |

| Foresatt 1: | Tlf: |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse: |  |  |
| Foresatt 2: | Tlf: |  |
| Adresse: |  |  |

| Helsesykepleier: | Tlf: |  |
| --- | --- | --- |
| Barnehage/ Skole:  Kontaktperson bhg/skole | Tlf: |  |
| Fastlege: | Tlf: |  |
| Koordinator: | Tlf: |  |
| Andre instanser: | Tlf: |  |

| Henvisning gjelder: Fysioterapi  Ergoterapi  |
| --- |
| Evt. diagnose: |
| Henvisningsgrunn (beskriv): |

| Navn på henviser: | Arbeidssted: |
| --- | --- |
| Telefon: | Stilling: |

| **SAMTYKKEERKLÆRING (må fylles ut av ungdom over 16 år eller av foresatte til barn under 16 år):**  Vi tillater ergoterapeuten/fysioterapeuten å innhente og dele relevante opplysninger med andre instanser.  Samtykke er frivillig, og kan trekkes tilbake.  **Dato:**  **Underskrift / muntlig samtykke:** |
| --- |

| Vi gjør oppmerksom på at Ergo- og fysioterapitjenesten i Larvik kommune bruker en prioriteringsnøkkel ved nye henvisninger. Hensikten med dette er å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen i tråd med målsettingen for tjenesten. For øvrig skal tjenestemottagere få tilbakemelding om at henvisningen er mottatt innen 21 dager, og da få beskjed om eventuell ventetid før tiltak kan iverksettes. |
| --- |

| **Henvisningen sendes:**  Teamkoordinator i barneteamet  Ergo, fysio og hjelpemidler  Postboks 2020, 3255 Larvik |
| --- |