**DRAMMEN KOMMUNE  
Henvisning til Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barnets navn: | | Født: | |
|  | |  | |
| Gutt Jente | Behov for tolk? Ja Nei | | Språk: |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn foresatt: | Navn foresatt: |
| Telefon: | Telefon: |
| Adresse: | Adresse: |
| E-post: | E-post: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fastlege: | | Telefon: |
| Helsestasjon: | Kontaktperson: | Telefon: |
| Barnehage/skole: | Kontaktperson: | Telefon: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kontaktperson: | Telefon: |
| PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste) |  |  |
| Habiliteringssenteret |  |  |
| BUPA (Barne- og ungdomspsykiatrisk avd.) |  |  |
| Andre sykehusavdelinger |  |  |
| Annen fysioterapeut |  |  |
| Andre aktuelle |  |  |

# Barnet er i kontakt med følgende instanser:

Side 1 av 2

**Aktuell henvisningsgrunn/problemstilling/diagnose:**

|  |  |
| --- | --- |
| Henvist av:  Foresatt(e)  Andre: (navn, stilling, arbeidssted) | Telefon: |
| Dersom foresatt(e) ikke selv henviser, må det krysses av for at foresatt(e) er informert om henvisningsgrunn og at henvisning sendes | E-post: |
| Dato: | Underskrift (henviser): |

**Henvisning sendes til:**

Helsefremmende tjenester 0-100

Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge

Schwartz gate 6

3043 Drammen