**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