**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

**Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge**

**Helsefremmende tjenester 0-100**

**Avd. Mjøndalen**

Postboks 7500

3008 DRAMMEN

[www.drammen.kommune.no](http://www.drammen.kommune.no/)

**Aktuell henvisningsgrunn/problemstilling/diagnose:**

|  |  |
| --- | --- |
| Henvist av:  | Telefon: |
| Stilling/arbeidssted: | E-post:  |
| Dato:  | Underskrift: |

**Foresattes underskrift**

Fysioterapeutens/ergoterapeutens rapporter kan sendes til foresatte og henvisende instans, med kopi til fastlege og helsestasjon/skolehelsetjeneste.

Jeg/vi samtykker til at barnet mitt/vårt kan motta tjenester fra Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge.

Sted/dato Underskrift foresatt

Sted/dato Underskrift foresatt

**Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge**

**Helsefremmende tjenester 0-100**

**Avd. Mjøndalen**

Postboks 7500

3008 DRAMMEN

[www.drammen.kommune.no](http://www.drammen.kommune.no/)

Side 2 av 2