



**NITTEDAL KOMMUNE**

Enhet for barnehager og forebyggende tjenester

Mottatt av:.....

Dato:.....

**Henvvisning til fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge 0-18år**

*Foreldre/Foresatte skal få tilbakemelding om at henvisningen er mottatt tjenesten innen 14 dager og da få beskjed om eventuell ventetid før tiltak kan iverksettes.*

Henvisningen gjelder:            Ergoterapi             Fysioterapi

Barnets navn:.....

Fødselsnummer:.....

Adresse: .....

Mors navn:..... Tlf/mobil:.....

Adresse:.....

E-post:.....

Fars navn: ..... Tlf/mobil:.....

Adresse:.....

E-post:.....

Barnehage/skole:..... Tlf/mobil:.....

Avdeling/Kontaktperson:..... Tlf:/mobil:.....

Foreldre/foresatte samtykker til henvisningen: Ja

---

Beskriv problemstilling:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En god beskrivelse er viktig for at vi skal kunne prioritere riktig iht prioriteringsnøkkelen

Er barnet henvist andre instanser:    Nei     Ja     Eventuelt hvilke:.....

Navn på henviser:..... Tlf:.....

Henvisningsinstans:.....Henvisningsdato:.....

---