



Henvisning til avd. ReHabilitering, barn 0-18 år

<input type="checkbox"/>	Fysioterapi
<input type="checkbox"/>	Ergoterapi

Til internt bruk

Mottatt dato:

Prioritet:

Frist:

Navn:		Fødselsnr:			
Adresse:		Postnr./sted:		Tlf:	
Foresatte:		Tlf:			
		Epost:			
Foresatte:		Tlf:			
		Epost:			
Hvor er barnet på dagtid?		Kontaktperson på dagtid (telefon):			

Diagnose (kun der det er hensiktsmessig)

Årsak til henvisning/hva er utfordrende?

(f.eks. motorikk, daglige gjøremål, lek, behov for tilrettelegging eller som ledd i kartlegging/utredning)

Konsekvenser i hverdagen?

Henvist av:

Stilling/relasjon:

Epost:

Dato:

Tlf:

Er pårørende informert om henvisning

JA

NEI

Ut ifra opplysningene på henvisningen gjøres det en faglig vurdering og prioritering etter Avd. ReHabilitering sin prioriteringsnøkkel. For at vi skal få tilstrekkelig informasjon til å prioritere, **må alle felt fylles ut.**

Ufullstendig henvisning sendes i retur.

Henvisning sendes til Avdeling Rehabilitering, Postboks 3010, 1402 Ski