

HELSE OG FAMILIETJENESTEN LØTEN KOMMUNE

HENVISNING TIL BARNEFYSIOTERAPEUT

Barnet / ungdommen henvisningen gjelder:

Navn:.....

F.nr:.....

Adr:.....

Foresatte:

Mor:.....

Far:.....

Adr:.....

Adr:.....

Tlf:..... Tlf. arb:.....

Tlf:..... Tlf. arb:.....

Skole / barnehage:..... Klasse / avd.:.....

Kontakt person:..... Tlf:.....

Hva er årsaken til at det ønskes bistand fra barnefysioterapeut

Hva ønskes det hjelp til?

Arbeider andre instanser med barnet / ungdommen?

SAMTYKKE

JEG / VI GIR MED DETTE SAMTYKKE TIL AT

SAMARBEIDER MED FAGPERSONER I FØLGENDE (avkryssede) INSTANSER

FOR Å BISTÅ MEG / OSS I MITT / VÅRT BARNS UTVIKLING.

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jordmor | <input type="checkbox"/> Psykolog |
| <input type="checkbox"/> Konsulent for barn med bistandsbehov | <input type="checkbox"/> Fysioterapeut |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon - og skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Familieterapeut |
| <input type="checkbox"/> Fastlege | <input type="checkbox"/> Barnevernet |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsteam | <input type="checkbox"/> Ergoterapeut |
| <input type="checkbox"/> Skole / barnehage | <input type="checkbox"/> Nav |
| <input type="checkbox"/> . Bup | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringstjenesten |
| <input type="checkbox"/> Sykehus: | <input type="checkbox"/> Andre |

Samtykket kan til enhver tid endres eller trekkes tilbake.

Samtykket har følgende begrensninger:

.....den.....

.....
Foresatt

.....
Foresatt

.....
Henviser

