|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn |  | | | |
| Fødselsnummer |  | | | |
| Adresse |  | | | |
| Foresatt |  | | Telefon  Foresatt |  |
| E-mail foresatt |  | | | |
| Skole /Barnehage  & kontaktperson |  | | Telefon |  |
| Helsesykepleier |  | | Telefon |  |
| Fastlege |  | | Telefon |  |
| Annen  behandlende lege |  | | Telefon |  |
| Når og hvor ble diagnosen CFS/ME satt, kort om historikk i sykdomsutvikling | | | | |
|  | | | | |
| Begrunnelse for henvisning/utdyping av behov | | | | |
|  | | | | |
| **Dato** | | **Navn og instans, henviser** | | |
|  |  | |  |  |

**Henvisningsskjemaet sendes pr post:**

Kristiansand kommune, Familiens hus ME- team 0-16 år, Postboks 4, 4685 NODELAND

**Kontaktinformasjon ME-team:**

[post.meteam@kristiansand.kommune.no](mailto:post.meteam@kristiansand.kommune.no)