|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Fødselsnummer |  |
| Adresse |  |
| Foresatt |  | TelefonForesatt |  |
| 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