|  |  |
| --- | --- |
| H E N V I S N I N G Fysioterapi for barn og unge  |  |
| Internt for mottaker |
| Mottatt: |  Prioritet: |
| Frist:Tildelt time: |  Oppf.gr: |
|  |  |  |  |
| Barnets navn |  | Fødselsnummer |  |
| Adresse |  |
| Foresatt  |  | Telefon  |  |
| Foresatt  |  | Telefon  |  |
| Helsesykepleier |  | Telefon |  |
| Fastlege |  | Telefon  |  |
| Barnehage/ skole | Kontaktperson | Telefon  |
|  |  |  |
| Andre tjenester som er/har vært inne i forhold til barnet |
|  |
| Henvisningsgrunn (beskriv problemstilling, evt diagnose og/eller ønsket mål for henvisningen) |
|  |
| Beskriv barnets/ungdommens ressurser og utfordringer samt hvilke konsekvenser dette har for barnet/ungdommens fungering i hverdagen. (hjemme, barnehage, skole og fritid) |
|  |
| Det gis/er innhentet samtykke til samhandling med helsetjenester på familiens hus,dette innebærer at det gis tilgang til barnets journal i helsestasjons/skolehelsetjeneste | Ja | Nei |
|  |  |
| Dato | Henvist av (Navn og stilling/relasjon til barnet) | Telefon |
|  |  |  |
| Instanser som har internpost, kan benytte dette. Andre instanser, samt foresatte sender dokumentet i posten:Familiens Hus *(Øst, Vest, Vågsbygd, Sentrum eller Lund),* Kristiansand kommune, Postboks 4, 4685 Nodeland |