|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |