



# ØVRE EIKER KOMMUNE

HELSESTASJON

3300 HOKKSUND – TELEFON 32 25 12 70

---

## HENVISNING TIL ERGO-/ FYSIOTERAPIAVDELINGEN

Skjema må utfylles fullstendig

**Dato:** \_\_\_\_\_

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_

**Fødselsnummer (11 siffer):** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Mors navn:** \_\_\_\_\_

**Telefon dagtid:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Fars navn:** \_\_\_\_\_

**Telefon dagtid:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Fastlege:** \_\_\_\_\_

**Skole:** \_\_\_\_\_

**Klasse:** \_\_\_\_\_

**Kontaktlærer:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Henvisningsgrunn** (beskrivelse av hva som ønskes vurdert):

**Relevante tilleggsopplysninger** (diagnoser, oppfølging fra helsestasjonen, PP-tjenesten, fastlege, spesialisthelsetjenesten, Habiliteringsteamet eller andre):

**Utprøvd/iverksatte tiltak** (dersom tiltak knyttet opp mot aktuell problemstilling er prøvd ut tidligere skal dette spesifiseres her, sammen med resultat av tiltak):

**Samtykker foresatt(e) til at det skaffes nødvendige opplysninger fra samarbeidene instanser** (helsestasjonen, skole/barnehage, PP-tjenesten, fastlege, spesialisthelsetjenesten, Habiliteringsteamet mm):

Ja             Nei

**Henvist av:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Underskrift av foresatte:** \_\_\_\_\_

***Henvisningen merkes barn og sendes:***

*Internt:            Fysioterapeut for barn, helsestasjon*

*Eksternt:        Familiesenteret, Helsestasjon, Fysioterapeut for barn*

*Stasjonsgata 72-74*

*3300 Hokksund*