



## HENVISNING TIL BARNEERGOTERAPI

Sendes til: Fysio-/ergoterapitjenesten, Helsehuset Sarpsborg, PB 237, 1702 Sarpsborg

<b>Navn:</b>		<b>Brukerid.:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>Fødselsnr.:</b>	
<b>Postnr.:</b>	<b>Poststed:</b>	<b>Tlf.:</b>	
<b>Foresatt 1:</b>		<b>Tlf.:</b>	
<b>Foresatt 2:</b>		<b>Tlf.:</b>	
<b>Søsken:</b>		<b>Alder:</b>	
<b>Fastlege:</b>		<b>Tlf.:</b>	
<b>Behov for tolk?</b>		<b>Språk:</b>	
<b>Hvor oppholder barnet seg på dagen?</b>		<b>Type bolig:</b>	
<b>Hvilke andre tjenester har barnet fra før?</b>		<b>Koordinator: Ansvars- gruppe:</b>	

### Samtykke til å innhente og dele taushetsbelagt informasjon

Vi trenger ditt samtykke for å kunne innhente de opplysningene som er nødvendige for å behandle din henvendelse, og for å kunne gi et best mulig tjenestetilbud til barnet.

Det kan være aktuelt å innhente opplysninger fra: fastlege, spesialisthelsetjenesten, barnehage, skole, barnevernstjenesten og NAV

Hvis det er instanser du ikke ønsker det skal innhentes opplysninger fra, eventuell tidsbegrensning for samtykke eller annet, kan du oppgi det her:

.....  
.....

Samtykket gjelder til saken er avsluttet, dersom ikke noe annet avtales. Samtykket kan trekkes helt eller delvis tilbake.

Samtykket gjelder taushetsbelagte opplysninger som er omfattet av taushetsplikten i forvaltningsloven § 13, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 og helsepersonelloven § 21.

Sted og dato:

Signatur foresatt:



**Hva ønsker du vurdering/tiltak i forhold til?**

Tilrettelegging av omgivelser ( bhg/skole/hjem), finmotorikk, grovmotorikk, kommunikasjon/samspill, kognisjon(struktur/hukommelse), sosialdeltagelse, hjelpemidler(nytt/bytte), syn/hørsel, råd/veiledning

**Begrunnelse for henvisningen og ønsket mål for henvisningen:**

Beskriv aktuelt aktivitets- og/ eller funksjonsproblem og når det oppstod, og hvilke følger får dette i hverdagen:

<b>Dato/sted:</b>	
<b>Henvist av:</b>	<b>Relasjon til barnet:</b>

