



## HENVISNING TIL BARNETEAMET FYSIO/ERGO

Barnets navn:

Fødsels- og personnummer:

Barnets adresse:

Nasjonalitet, talespråk:

Gutt

Jente

Behov for tolk:  ja  nei

Foresatt 1:

Tlf. privat:

Adresse:

Tlf. arbeid:

Foresatt 2:

Tlf. privat:

Adresse:

Tlf. arbeid:

Primærlege:

Tlf:

Koordinator:

Tlf:

Helsesøster:

Tlf:

Barnehage:

Kontaktperson:

Tlf:

Skole:

Kontaktperson:

Tlf:

**Andre involverte instanser:**

**Kontaktpersoner:**

**Tlf:**

- PP-tjenester
- Habiliteringstjenesten
- BUP (Barne- og ungdomspsykiatri)
- Andre sykehusavdelinger
- Annen fysio- eller ergoterapeut
- Andre

**Henvisning gjelder:**

fysioterapi

ergoterapi

**Eventuell diagnose:**

POSTADRESSE:

Barneteamet –fysio/ergo  
Postboks 128  
3901 PORSGRUNN

BESØKSADRESSE:

Rådhusgata 5  
3915 PORSGRUNN

E-POSTADRESSE:

Egill.helguson.neumann@porsgrunn.kommune.no  
Tlf. teamleder Barneteamet: 48 04 07 95

**Henvisningsgrunn (beskriv):**

---

**Hvilke konsekvenser har dette for barnet i dagliglivet:**

---

**Hva ønsker dere hjelp til:**

---

**Navn på henviser:**

**Arbeidssted:**

**Stilling:**

---

**SAMTYKKE ERKLÆRING (må fylles ut):**

Foresatte samtykker i dag til at henviser kan sende med kopi av aktuelle rapporter. Foresatte samtykker også til at ergoterapeut/ fysioterapeut kan kontakte fastlege eller andre instanser for å innhente nødvendige opplysninger om barnet før og eventuelt under behandling, dersom det er behov for dette.

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Foresattes underskrift:** \_\_\_\_\_