

Mottatt dato:

Sign.:



ARENDALE KOMMUNE
Rehabiliteringstjenesten
Fysioterapi for barn

HENVISNING TIL FYSIOTERAPEUT BARN 0–16 ÅR

Barnets navn	Født
Foresatte	
Adresse	Telefon

Skole/barnehage (klasse/avdeling)	
Kontaktperson, navn og tittel	Telefon

Henvisningen gjelder

Beskriv problemstilling og innvirkninger den har på hverdagen

Hvilke andre instanser er barnet henvist til / under oppfølging av
--

Henvist av	Tlf
------------	-----

Vi er enige i at vår datter/sønn blir henvist til fysioterapeut.

Vi tillater fysioterapeuten å innhente / dele relevante opplysninger med samarbeidspartnere (f.eks. barnehage/skole, helsesøster, lege, PPT eller andre)

Dato: _____

Foresattes underskrift _____

Adresse:
Arendal kommune, Mestring og rehabilitering
Rehabiliteringstjenesten
Fysioterapi for barn
Postboks 780, STOA
4809 ARENDAL

Besøksadresse: Arendal bo- og rehabiliteringssenter
Telefon: 37013000