



ARENDA
KOMMUNE

HENVISNING TIL FYSIOTERAPEUT / ERGOTERAPEUT

BARN 0–16 ÅR

Navn		Fødselsdato	
Adresse		Postnr.	Poststed
Foresatte		Telefon	
Adresse		Postnr.	Poststed
Henviser		Telefon	
Adresse		Postnr.	Poststed
Skole / barnehage		Kl./Avdeling	

Henvisningsgrunn

<input type="checkbox"/>	Finmotoriske vansker	<input type="checkbox"/>	Grovmotoriske vansker	<input type="checkbox"/>	Annet
--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------

Eventuelle tilleggsvansker

<input type="checkbox"/>	Faglige	<input type="checkbox"/>	Språk / tale	<input type="checkbox"/>	Konsentrasjon	<input type="checkbox"/>	Sosialt	<input type="checkbox"/>	Spising
<input type="checkbox"/>	Syn	<input type="checkbox"/>	Hørsel	<input type="checkbox"/>	Atferd				

Hvilke andre instanser er barnet henvist til / under oppfølging av

<input type="checkbox"/>	HABU	<input type="checkbox"/>	BUP	<input type="checkbox"/>	PPT	<input type="checkbox"/>	Logoped	<input type="checkbox"/>	Spesialpedagog
<input type="checkbox"/>	Sørlandet kompetansesenter			<input type="checkbox"/>	Annet				

Beskriv problemstilling og hvordan det virker inn på barnets hverdag

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

Vi tillater tillater ikke (sett kryss) fysio-/ergoterapeuten å innhente relevante opplysninger fra andre instanser (f.eks skole, helsesøster, lege, PPT, BUP, HABU eller andre)

Sted: _____ Dato: _____ Foresattes underskrift: _____

Sendes:
Arendal kommune
Fysio- / ergoterapitjenesten
Postboks 123
4891 Grimstad

Besøksadresse
Myratunet
4848 Arendal
37 05 52 70