

HENVISNING ERGOTERAPITJENESTEN (0-18 år)

Navn:	Personnummer:
Adresse:	Postnummer/-sted:
Foresatt:	Relasjon/rolle:
Adresse:	Telefonnummer:
Barnehage/skole:	Kontaktperson:

Behov for tolk? Ja ___ Nei ___	Hvis ja, hvilket språk?
Jeg/vi samtykker i at barnet henvises til ergoterapitjenesten, og at det kan innhentes/ formidles nødvendige opplysninger fra barnehage/skole og Familietjenesten.	
_____	_____
Dato	Foresatt 1 (Foresatt 2)

Begrunnelse for henvisning: (Beskriv hvilke aktiviteter strever barnet med? Og i hvilke situasjoner/arenaer?)
Sett kryss: finmotorikk___, grovmotorikk___, atferdsvansker___, språk/tale___, spising___, konsentrasjon___, sosiale vansker___, følelsesvansker___, syn___, hørsel___, annet___.

Ut ifra opplysningene på skjemaet vil henvisningen bli prioritert etter en helsefaglig prioriteringsnøkkel for å sikre et likeverdig tilbud til befolkningen. Skjemaet leveres på Servicetorget, kommunehuset. Eget skjema for voksne over 18 år.