**Henvendelse til Fysioterapitjenesten for barn og unge**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** | **Personnummer:** |
| **Adresse:** | **Poststed:** |
| **Foresatte:** | **Telefon:** |
| **Foresatte:** | **Telefon:** |
| **Barnehage:****Skole:**  | **Kontaktperson /telefon:** |
| **Fastlege:** | **Arbeidssted**  |

|  |
| --- |
| **Hva trenger dere hjelp til?**Årsak til henvendelse: (Problemstilling, funksjonsnivå, evt. tidligere henvendelser) |
| **Annet:** Evt. andre tiltak/ instanser som er koblet inn rundt barnet / ungdommen? |

|  |
| --- |
| **Henvist/meldt av:** Navn/arbeidssted/telefon: |

|  |
| --- |
| **For fysioterapitjenesten**  |
| Mottatt av/dato: Fordelt videre til/dato:  |
| Prioritet: Oppstart innen: Avsluttet:  |