



HOLE KOMMUNE

1. Kommunal Pedagog og - Psykologtjeneste

2. Fysioterapitjenesten

HENVISNINGSSKJEMA

Henvisningen gjelder forhold knyttet til **enkeltperson**

Bakgrunnsinformasjon			
Gjelder	Etternavn	Fornavn	Mellomnavn
	Fødselsdato	Evt. klassetrinn	<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
	Adresse	Postnr.	Poststed
	Telefon	Navn på barnehage / skole	
Nasjonalitet	<input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Annen nasjonalitet Hvilken:	<input type="checkbox"/> Tospråklig <input type="checkbox"/> Hvilke:	Behov for tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Foresatt (mor) Evt. fostermor	Etternavn	Fornavn	Mellomnavn
	Adresse	Tlf. privat	Tlf. arbeid / mobil
Foresatt (far) Evt. fosterfar	Etternavn	Fornavn	Mellomnavn
	Adresse	Tlf. privat	Tlf. arbeid / mobil
Bosituasjon	<input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge foreldrene <input type="checkbox"/> Delt omsorg	<input type="checkbox"/> Andre Hvem:	<input type="checkbox"/> Søsken Antall:

Barnets kontaktperson på dagtid (ped.leder/kontaktlærer)	Navn	Tlf	Stilling
---	------	-----	----------

Samtykke	Eleven er orientert om henvisningen Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dato: Eleven er enig i henvisning (over 15 år) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Underskrift: Foresatte er enige i henvisningen. Dato: Underskrift:
-----------------	---

Opplysningene er gitt i henhold til personopplysningslovens §2-8, §2-9, §3-19 og §3-20.
Henvisingsskjema er gyldig fra 01.08.2010.

Bakgrunn for henvisning	
Begrunnelse for henvisning	
Hvem henviser (Navn og tlf.)	(Ped.leder / lærer / helsestasjon / foresatte)
	(Evt. leder av spes.ped.team)
	Dato
Hvem er bekymret	
Henvisers vurdering av hva KPPT eller fysioterapi-tjenesten skal bidra med i saken	
Kort beskrivelse av barnet. Styrker, interesser, utfordringer (slik det oppleves av den/de det gjelder/foresatte/ barnehage/skole)	
Andre hjelpeinstanser involvert	<input type="checkbox"/> KPPT <input type="checkbox"/> Helsetjeneste <input type="checkbox"/> Sosialtjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> Annen tjeneste. Hvilken:
Vedlagt følger:	

*Ved henvisning til Pedagog- og Psykologtjenesten må **pedagogisk rapport** foreligge*

Spesifikt for henvisning til fysioterapitjenesten

Eventuell diagnose	
Finmotoriske vansker	
Grovmotoriske vansker	
Muskel/leddsmerter	
Eventuelle tilleggsvansker (sett kryss)	Syn/hørsel Språk/tale Konsentrasjon/Fagvansker Sosiale/følelsesmessige vansker Spising
Hvilke tilbud har barnet i dag?	
Samtykke til innhenting av opplysninger fra andre instanser	Vi tillater/ tillater ikke (sett kryss over det som ikke passer) fysioterapitjenesten å innhente relevante opplysninger fra andre instanser (BUP, lege, skole og lignende.)

Eventuelle opplysninger fra foresatte