



KRØDSHERAD KOMMUNE
Sektor for helse og omsorg
3536 NORESUND

□

Henvisningen er mottatt av:

Dato:

HENVISNING
ERGOTERAPI FOR BARN OG UNGE 0 – 20 år

Barnets navn: _____ **Født:** _____
Adresse: _____

Mor / Foresatt

Navn: _____ **Tlf. privat:** _____ **Mobil:** _____
Adresse: _____
E-post: _____

Far / Foresatt

Navn: _____ **Tlf. privat:** _____ **Mobil:** _____
Adresse: _____
E-post: _____

Etnisk tilhørighet: _____

Behov for tolk? _____

Barnehage/Skole, trinn: _____

Fastlege: _____

Diagnose: _____

Årsak til henvisning: _____

Henvisningen gjelder, kryss av for:

Ergoterapi: _____

Tekniske hjelpemidler:

Andre instanser som har kontakt med barnet/ungdommen/familien: _____

Samtykke til at ergoterapitjenesten for barn og unge utveksler informasjon med andre som er involvert, dersom dette vurderes som nødvendig: Ja Nei

Samtykke mor Samtykke far

Begge med foreldreansvar må samtykke til hjelp for barn under 16 år (Pas.rett lov §4-4, 1.ledd)

Henviser: _____
Navn: _____
Dato: _____ **Tlf:** _____

Underskrift: _____

Henvising sendes til Ergoterapitjenesten
Helse og Omsorg
Krødsherad kommune
3536 Noresund