**TILVISING TIL ERGO- OG FYSIOTERAPITENESTA: BARN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barnets navn: |  | Fødselsnr: |  |
| Adresse: |  | | |
| Postnr.: |  | Stad: |  |
| Føresette: |  | Tlf: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barnehage/skule |  | Tlf: |  |
| Kontaktperson barnehage/skule |  | Tlf: |  |
| Føresette informert / samtykke til tilvising | Ja Nei | | |

**Kva opplever du som barnet sitt hovedproblem?**

|  |
| --- |
|  |

**Har du merknader til grovmotorikk, finmotorikk, av- og påkledning, måltid, språk, samhandling med andre barn, samhandling med vaksne eller anna?**

|  |
| --- |
|  |

**Kva ventar/ønskjer du at fysioterapeuten/ergoterapeuten kan hjelpe med?**

|  |
| --- |
|  |

**Andre viktige opplysninger**

|  |
| --- |
| (Involverte instansar, IP/koordinator, igangsette tiltak, behov for tolk, skal pårørende el. andre kontaktast? Anna) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tilvisingsdato: |  | | |
| Tilvist av: |  | Telefonnr: |  |
| Mottatt av: |  | Dato: |  |