# Børn og bevægelse i Rebild Kommune

## Henvisning til ergoterapi – fysioterapi

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: | |
| Barnets navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: | Egen læge: |
| Institution: | Kontaktperson: |

|  |  |
| --- | --- |
| Mors navn: | Tlf.nr.: |
| Adresse: | E-mail: |
| Fars navn: | Tlf.nr.: |
| Adresse: | E-mail: |
| Har barnet tidligere været henvist til ergo- fysioterapeut ja: Nej: årstal: | |

**Henvendelse fra:**

|  |  |
| --- | --- |
| Institution: | E-mail: |
| Adresse: | Kontaktperson: |
| E-mail: | Tlf.nr.: |

**Begrundelse for henvendelse:**

**Barnet er eller har været i kontakt med:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Børnelæge:  Dato: Navn: | Øjenlæge:  Dato: Navn: | PPR/Inklusion psykolog:  Dato: Navn: |
| Børneafdeling:  Dato: Sygehus: | Ørelæge:  Dato: Sted: | PPR/Inklusion talepædagog:  Dato: Navn: |
| Neuropædiatrisk team:  Dato: Sygehus: | Fysioterapeut:  Dato: Navn: | PPR/Inklusion pædagog:  Dato: Navn: |
| Ortopædkirurgisk afdeling:  Dato: Sygehus: | Ergoterapeut:  Dato: Navn: | Socialrådgiver:  Dato: Navn: |
| Børnepsykiater:  Dato: Sted: | Kiropraktor:  Dato: Navn: | Andre:  Dato: Navn: |

|  |
| --- |
| Barnets forældre har læst og givet tilladelse til, at relevante oplysninger om deres barn indhentes og videregives i samarbejdet mellem henviser og ergo- fysioterapeut.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja nej  Dato: |

Henvisning sendes til:

**Børn og Bevægelse  
Rebild Kommune, Sundhedscentret**Hobrovej 110   
9530 Støvring   
Tlf.: 9988 8450  
E-mail: [pobb@rebild.dk](mailto:pobb@rebild.dk)

**Udfyldes af ergo- fysioterapeut:**

|  |  |
| --- | --- |
| Modtaget dato: | Ansvarlig medarbejder: |
| Dato for 1. kontakt: | Start dato: |