# 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

**Udfyldes af ergo- fysioterapeut:**

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