**Henvisningsskemaer sendes til:**

[sundhedsplejen@vejen.dk](mailto:sundhedsplejen@vejen.dk)

**Skolegade 12A 6650 Brørup**

**Henvisning til børnefysioterapeut og ergoterapeut, Vejen Kommune**

*Vigtig at udfylde alle rubrikker send altid med Sikker mail*

Barnet & CPR:

|  |
| --- |
|  |
| **Er barnet præmatur** |

Forældre:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mor  Navn: |  | | Far  Navn: | Rasmus |
| Adresse: |  | | Adresse: | Samme By: |
| Tlf.: | 3 | | Tlf.: |  |
| E-mail: |  | | | |
| Forældre-  myndighed: | | □Mor □Far x□Fælles | | |

**Institution:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skole/daginstitution/  dagpleje:  Navn:  Adresse: |  | Telefon & e-mail |
| Kontaktperson:  Navn:  Adresse: |  | Telefon & e- mail |

**Baggrund for henvisningen:**

| □x Motorik □ Sanseproblematik □ Præmatur  □ Andet  Beskriv barnets udfordringer:  .  Forventninger til fys. Indsats: .  . |
| --- |

### 

### Henviser:

|  |
| --- |
| □ Forældre/værge □ Dagplejen □ Skole/SFO □ Børnehave  x□ Sundhedspleje □ Andre . |

**Er andre faggrupper involveret omkring barnet ?:**

|  |
| --- |
| □ Psykolog/PPR – Navn: .  □ Pædagogisk konsulent – Navn: .  □ Talepædagog – Navn: .  □ Andre - Navn: . |

**Er forældrene enige i henvisningen?:**

|  |
| --- |
| □x Ja □ Nej, (begrundes) . |

**Hvilken indsats har hjem og institution lavet for at hjælpe barnet?: (evt. trivselshjulet)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Er det i orden, at der indhentes de nødvendige lægelige oplysninger vedr. jeres barn?:**

|  |
| --- |
| □x Ja □ Nej |

**Er det i orden, at der indhentes og udveksles oplysninger fra relevante samarbejdspartnere?:**

|  |
| --- |
| □ xJa □ Nej |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato: 17/8-23** | Underskrift, forældre giver tilladelse til, at børneterapeuten udfører de relevante undersøgelser: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato: 17/8-23** | **Underskrift, indstiller:’** |