**Henvisningsskemaer sendes til:**

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MorNavn: |  | Far Navn: | Kristian |
| Adresse: |   | Adresse: |  By: |
| Tlf.: |  | Tlf.: |  |
| E-mail: |  |
| Forældre-myndighed: |  □Mor □Far Fælles  |

 **Institution:**

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

 **Baggrund for henvisningen:**

| Motorik □ Sanseproblematik □ Præmatur □ Andet .  |
| --- |

###

###  Henviser:

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

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

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

**Er forældrene enige i henvisningen?:**

|  |
| --- |
|  Ja □x 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?:**

|  |
| --- |
|  Ja □ Nej |

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

|  |
| --- |
| Ja □ Nej |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato:**  | **Underskrift, indstiller:’** |