



# HOLE KOMMUNE

## 1. Kommunal Pedagog og - Psykologtjeneste

## 2. Fysioterapitjenesten

### HENVISNINGSSKJEMA

Henvisningen gjelder forhold knyttet til **enkeltperson**

| Bakgrunnsinformasjon                    |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Gjelder</b>                          | Etternavn   | Fornavn   | Mellomnavn  |
|   | Fødselsdato   | Evt. klassetrinn  | <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente<br><input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne |
|   | Adresse   | Postnr.   | Poststed  |
|   | Telefon   | Navn på barnehage / skole   |   |
| <b>Nasjonalitet</b>                     | <input type="checkbox"/> Norsk<br><input type="checkbox"/> Annen nasjonalitet<br>Hvilken:   | <input type="checkbox"/> Tospråklig<br><input type="checkbox"/> Hvilke: | Behov for tolk?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei   |
| <b>Foresatt (mor)</b><br>Evt. fostermor | Etternavn   | Fornavn   | Mellomnavn  |
|   | Adresse   | Tlf. privat   | Tlf. arbeid / mobil   |
| <b>Foresatt (far)</b><br>Evt. fosterfar | Etternavn   | Fornavn   | Mellomnavn  |
|   | Adresse   | Tlf. privat   | Tlf. arbeid / mobil   |
| <b>Bosituasjon</b>                      | <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far<br><input type="checkbox"/> Begge foreldrene <input type="checkbox"/> Delt omsorg | <input type="checkbox"/> Andre<br>Hvem:                                 | <input type="checkbox"/> Søsken<br>Antall:  |

|  |      |     |          |
|--|------|-----|----------|
| <b>Barnets kontaktperson på dagtid (ped.leder/ kontaktlærer)</b> | Navn | Tlf | Stilling |
|--|------|-----|----------|

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Samtykke</b> | Eleven er orientert om henvisningen Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Dato:<br>Eleven er enig i henvisning (over 15 år) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/><br>Underskrift:<br>Foresatte er enige i henvisningen. Dato:<br>Underskrift: |
|-----------------|---|

Opplysningene er gitt i henhold til personopplysningslovens §2-8, §2-9, §3-19 og §3-20.  
Henvisingsskjema er gyldig fra 01.08.2010.

| Bakgrunn for henvisning   |  |
|---|--|
| <b>Begrunnelse for henvisning</b>   |  |
| <b>Hvem henviser</b><br>(Navn og tlf.)  | (Ped.leder / lærer / helsestasjon / foresatte)   |
|   | (Evt. leder av spes.ped.team)  |
|   | Dato   |
| <b>Hvem er bekymret</b>   |  |
| <b>Henvisers vurdering av hva KPPT eller fysioterapi-tjenesten skal bidra med i saken</b>   |  |
| <b>Kort beskrivelse av barnet. Styrker, interesser, utfordringer</b><br>(slik det oppleves av den/de det gjelder/foresatte/ barnehage/skole ) |  |
| <b>Andre hjelpeinstanser involvert</b>  | <input type="checkbox"/> KPPT <input type="checkbox"/> Helsetjeneste <input type="checkbox"/> Sosialtjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> Annen tjeneste. Hvilken: |
| <b>Vedlagt følger:</b>  |  |

*Ved henvisning til Pedagog- og Psykologtjenesten må **pedagogisk rapport** foreligge*

**Spesifikt for henvisning til fysioterapitjenesten**

|   |  |
|---|--|
| Eventuell diagnose  |  |
| Finmotoriske vansker  |  |
| Grovmotoriske vansker                                       |  |
| Muskel/leddsmerter  |  |
| Eventuelle tilleggsvansker (sett kryss)                     | Syn/hørsel Spising    Språk/tale    Konsentrasjon/Fagvansker    Sosiale/følelsesmessige vansker  |
| Hvilke tilbud har barnet i dag?                             |  |
| Samtykke til innhenting av opplysninger fra andre instanser | Vi <b>tillater/ tillater ikke</b> (sett kryss over det som ikke passer) fysioterapitjenesten å innhente relevante opplysninger fra andre instanser (BUP, lege, skole og lignende.) |

**Eventuelle opplysninger fra foresatte**