



## Henvisning til fysioterapeut for barn og unge i Elverum kommune

Henvisning fra: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Ved: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Personnr.: \_\_\_\_\_

Henvisningsårsak:

Evt. diagnose:

Foresattes navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Barnehage/skole: \_\_\_\_\_ Avd./klasse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Vennligst oppgi andre instanser barnet har kontakt med som kan være relevant og nødvendig for oppfølgingen av barnet. Sett kryss om det samtykkes til samarbeid og deling av opplysninger som kan være nødvendige eller ikke.

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

Andre instanser barnet har kontakt med:	Samtykke til samarbeid?	
	Ja	Nei
•		
•		
•		

Foresattes underskrift: \_\_\_\_\_

Sted/ Dato: \_\_\_\_\_

**Sendes til:**

Fysioterapitjenesten for barn  
Postboks 403, 2418 Elverum

**Besøksadresse:**

Helsehuset, 2. et  
Kirkevegen 47, 2409 Elverum

**Kontakt:**

Herma van Gerner 90230566  
Kristine Dahl 46863817