



TRONDHEIM KOMMUNE

Henvisning til ENHET FOR ERGOTERAPITJENESTE - BARN

Barnets navn		Fødselsnummer (11 siffer)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse	Postnummer	Poststed	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mors navn		Telefon på dagtid	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse	Postnummer	Poststed	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fars navn		Telefon på dagtid	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse	Postnummer	Poststed	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Jeg/vi samtykker i at barnet mitt/vårt henvises til Enhet for ergoterapitjeneste og at det kan innhentes/formidles nødvendige opplysninger fra barnehage/skole og Barne- og familietjenesten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sted, dato	underskrift foresatt	underskrift foresatt

Barnets arena på dagtid	Kontaktperson	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eventuelle andre tjenester som er/har vært inne i forhold til barnet		
<input type="text"/>		
Fastlege	Adresse	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Begrunnelse for henvisning (hvilke aktiviteter strever barnet med?)

Dato	Navn og stilling, henvisende person	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>