



HENVISNING TIL ENHET FOR FYSIOTERAPITJENESTER

Enhet for fysioterapitjenester

Bydel

Barnets navn Fødselsnummer (11 siffer)

Adresse Postnr./Sted

Mors navn Telefon på dagtid E-post

Adresse Postnr./Sted

Fars navn Telefon på dagtid E-post

Adresse Postnr./Sted

Fastlege

Jeg/vi samtykker i at barnet mitt/vårt henvises til Enhet for fysioterapitjenester
Sted, dato Underskrift foresatt Underskrift foresatt

Barnets arena på dagtid Kontaktperson Telefon

Eventuelle andre tjenester som er/har vært inne i forhold til barnet

Problemstilling (beskriv hva som observeres i forhold til motoriske vansker)

Dato Navn og stilling, henvisende person Telefon