

## Tilvising (barn) til Fysio-/ergoterapeut

Kryss av for eitt av alternativa: \_\_\_ Tilvising fysioterapeut \_\_\_ Tilvising ergoterapeut

Barnets namn: \_\_\_\_\_ Fødselsnr: \_\_\_\_\_

Gateadresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Stad: \_\_\_\_\_

Føresette: \_\_\_\_\_

Tlf.priv/mob: \_\_\_\_\_ Tlf.arb: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ Tilvist frå: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tlf.priv./mob.: \_\_\_\_\_

1. Kva oppfattar du/de som barnet sitt hovudproblem?

2. Har du merknadar til grovmotorikk, finmotorikk, av-/påkledning, måltid, språk, samhandling med andre barn, ev. anna?

3. Kva forventar du/de at fysio-/ergoterapeuten skal hjelp med?

4. Kva andre fagpersonar er i kontakt med barnet/skal kontaktast?

5. Har føresette gitt samtykke til tilvisinga?

Dato: \_\_\_\_\_ Stad: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_