



Modtaget d.:

Henviingskemaer sendes til:

Sundhedscenter@vejen.dk

Eller pr. intern post til sundhedscentret

Eller til:

Brørup Sundhedscenter

Genoptræningen

Fredensvej 3B

6650 Brørup

HUSK – Send sikkert

Husk at gemme skemaet på eget drev, inden I begynder at skrive i det.

Henviing til børnefysioterapeut, Vejen Kommune

HUSK AT UDFYLDE ALLE RUBRIKKER

Barnet:

Navn:	Cpr. nr.:
-------	-----------

Forældre:

Mor Navn:		Far Navn:	
Adresse:	By:	Adresse:	By:
Tlf.:		Tlf.:	
E-mail:			
Forældre- myndighed:	<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Fælles

Institution:

Skole/daginstitution/ dagpleje: Navn: Adresse:		Telefon & e-mail
Kontaktperson: Navn: Adresse:		Telefon & e-mail

Baggrund for henvisningen:

- Motorik Sanseproblematik Præmatur
 Andet

Beskriv barnets udfordringer:

Forventninger til fys. indsats:

Henviser:

- Forældre/væрге Dagplejen Skole/SFO Børnehave
 Sundhedspleje Andre _____

Er andre faggrupper involveret omkring barnet ?:

- Psykolog/PPR – Navn: _____
 Pædagogisk konsulent – Navn: _____
 Talepædagog – Navn: _____
 Andre - Navn: _____

Er forældrene enige i henvisningen?:

- Ja Nej, (begrundes) _____

Hvilken indsats har hjem og institution lavet for at hjælpe barnet?: (evt. trivselshjulet)

Er det i orden, at der indhentes de nødvendige lægelige oplysninger vedr. jeres barn?:

- Ja Nej

Er det i orden, at der indhentes og udveksles oplysninger fra relevante samarbejdspartnere?:

- Ja Nej

Dato:	Underskrift, forældre giver tilladelse til, at børneterapeuten udfører de relevante undersøgelser:
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Dato:	Underskrift, indstiller:
--------------	--------------------------