

Tilvising til fysioterapeut / ergoterapeut

Barnet sitt namn : Fødselsnr. :
Adresse : Tlf.priv. :
Foreldre : Tlf.arb. :
Tilvist frå : Dato :

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

2. Har du / de merknader til grovmotorikk, finmotorikk, av / påkledning, måltid, språk, samhandling med andre barn, samhandling med vaksne, event. anna?

3. Kva ventar du / de at fysioterapeuten / ergoterapeuten kan hjelpe med?

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

Føresette må ha gjeve samtykke til tilvising og det er ønskjeleg at barnet er informert om kvifor han / ho skal til fysioterapeut / ergoterapeut. Ta gjerne kontakt på tlf. 56 57 55 85.

Føresette samtykker i tilvisinga: Os den.....
underskrift