**Søknad til Fysio- og ergoterapitjenesten BARN**

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets navn: | Fødselsnr: |
| Adresse: | Postnr./sted: |

|  |  |
| --- | --- |
| Pårørende1: | Pårørende2: |
| Adresse: | Adresse: |
| Postnr/sted: | Postnr./sted: |
| Telefon dagtid: | Telefon dagtid: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Behov for tolk: | Ja | Nei | Språk: |

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets arena på dagtid: |  |
| Kontaktperson: |  | Telefon dagtid: |

|  |
| --- |
| Eventuelt andre tjenester som er / har vært i kontakt med barnet: |

|  |
| --- |
| Årsak til henvendelse/diagnose: |

|  |
| --- |
| Beskriv observerte/opplevde utfordringer med motorikk og/eller aktivitet: |

|  |
| --- |
| Sted: Dato:  |
| Navn på person som fyller ut søknad: |
| Telefon dagtid: |

*Fysio- og ergoterapitjenesten er en praksis plass for studenter. Dersom du ikke ønsker at terapeutene skal ha med seg studenter til deg, vennligst meld fra til oss.*

**Sett kryss: Jeg/vi samtykker til innhenting og utveksling av opplysninger som anses som nødvendige for behandling i tjenestelevering.**

**Dette kan inneholde informasjon fra fastlege, helsestasjon, spesialisthelsetjenesten, PPT, barnehage/skole.**

**Opplysninger vil registreres i kommunens elektroniske journalsystem.**

**Jeg/vi samtykker til at barnet mitt/vårt kan motta tjenester fra Fysio- og ergoterapitjenesten**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Sted/dato** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Underskrift foresatt** |

***Søknaden må signeres av en foresatt for å bli behandlet.***