[](http://vejen.dk/) **Modtaget d.:**

**Henvisningsskemaer sendes til: HUSK – Send sikkert**

[**Sundhedscenter@vejen.dk**](mailto:Sundhedscenter@vejen.dk)

**Eller pr. intern post til sundhedscentret**

**Eller til:**

**Brørup Sundhedscenter**

**Genoptræningen Husk at gemme skemaet på eget**

**Fredensvej 3B drev, inden I begynder at skrive**

**6650 Brørup i det.**

**Henvisning 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: | | Mor **F**ar 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/værge 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:** |