 **Modtaget d.:**

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MorNavn: |  | 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:** |