



Øygarden kommune
Ergo- og fysioterapitenesta

Tilvising (barn) til fysio-/ergoterapeut

Kryss av for eitt av alternativa: tilvising fysioterapeut tilvising ergoterapeut

Barnets namn:	<input type="text"/>	Fødselsnr.	<input type="text"/>
Gatedresse:	<input type="text"/>		
Postnr:	<input type="text"/>	Stad:	<input type="text"/>
Foreldre:	<input type="text"/>		
Tlf.priv./mob.:	<input type="text"/>	Tlf.arb.:	<input type="text"/>
Diagnose:	<input type="text"/>	Tilvist frå:	<input type="text"/>
Kontaktperson:	<input type="text"/>	Tlf.priv./mob.:	<input type="text"/>

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

2. Har du merknader til grovmotorikk, finmotorikk, av-/påkleding, måltid, språk, samhandling med andre barn, ev. anna?

3. Kva forventar du/de at fysio/ergoterapeutane skal hjelpa med?

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

5. Har føresette gitt samtykke til tilvisinga?

Dato: Stad:

Underskrift: