



Ansøgningskema til tilbud om børnefysio- og ergoterapeutisk bistand

(Skemaet sendes til adressen nederst på siden)

Barnets fornavn og efternavn	_____	Persomnummer	_____
Adresse og postnummer	_____	Telefon	_____
Mors navn	_____	Arb. telefon	_____
Fars navn	_____	Arb. telefon	_____
Søskende / alder	_____	E-mail adresse	_____
Barnets læge	_____	Telefon	_____
Barnets sundhedsplejerske	_____	Telefon	_____
Dagpleje / institution	_____	Telefon	_____
Adresse og postnummer	_____		
Kontaktperson	_____	Telefon	_____

Hvad har barnet svært ved ?
Hvilke daglige aktiviteter har barnet svært ved at udføre eller deltage i ?

Hvad har der hidtil været gjort for at hjælpe barnet med det ovenfor beskrevne ?



Hvad ønsker i vores hjælp til ?

Hvad er barnet god til ?

Kort beskrivelse af barnets udvikling indtil nu



Er barnet nu eller har barnet tidligere været i kontakt med / henvist til:

Henvist til Er i gang med Er afsluttet

Tværfaglig Team	Navn	_____
PPR - Skolepsykolog	Navn	_____
PPR - Talepædagog / andre	Navn	_____
Rådgiver	Navn	_____
Taleinstituttet	Navn	_____
Speciallæge	Navn	_____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Årsag

Sygehus

Årsag

Andre (f.eks. ergoterapeut, fysioterapeut, småbørnsvejleder).

Underskrifter

Fagperson / henviser

Forældre

Dato _____

Dato _____

Dato _____

Orientering til forældrene har fundet sted, den

Dato _____ Mundtlig Skriftlig

Henvisers adresse, telefon nummer og mailadresse.

Henvisning modtaget af børneterapeuterne den