



HENVISNING TIL BARNEHABILITERINGEN FINNMARKSSYKEHUSET

| | | | | |
|---|----------------|---------------------------------|--------------|-------|
| ETTERNAVN | | FØDSELSDATO | PERSONNUMMER | |
| FORNAVN | | | GUTT | JENTE |
| ADRESSE | | | | |
| KOMMUNE | | | | |
| MORSMÅL | Evt. 2. språk | VED BEHOV FOR TOLK, ANGI SPRÅK: | | |
| ER DETTE FØRSTE GANG BARNET/UNGDOMMEN HENVISES TIL BARNEHABILITERINGEN? | | | JA | NEI |
| FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON | | | | |
| HVEM HAR FORELDREANSVARET | Begge foreldre | Mor | Far | |
| BOR HOS (oppgi navn): | | | | |
| NAVN FORESATT | | Mor | Fostermor | Andre |
| ADRESSE | | | | |
| TELEFON | Privat: | Arbeid: | | |
| NAVN FORESATT | | Far | Fosterfar | Andre |
| ADRESSE | | | | |
| TELEFON | Privat: | Arbeid: | | |
| SØSKEN (navn og fødselsår) | | | | |
| HENVISENDE LEGE | | | | |
| FASTLEGE (navn) | | | | |
| ADRESSE | STEMPEL | | | |
| TELEFON | | | | |
| UNDERSKRIFT OG DATO | | | | |
| MEDHENVISER | | | | |
| NAVN / STILLING / INSTANS | | | | |
| ADRESSE | TELEFON | | | |
| DATO OG UNDERSKRIFT | | | | |

| AKTUELLE INSTANSER I SAKEN | | | | |
|---|---------------|---------|---------|-----|
| (helsestasjon/skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, andre) | | | | |
| INSTANS | KONTAKTPERSON | ADRESSE | TELEFON | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ER DET UTARBEIDET INDIVIDUELL PLAN? | | | JA | NEI |
| KOORDINATORS NAVN, ADRESSE OG TELEFONNUMMER: | | | | |
| ER DET OPPRETTET ANSVARSGRUPPE? | | | JA | NEI |
| KOORDINATORS NAVN, ADRESSE OG TELEFONNUMMER: | | | | |

| TIDLIGERE UTREDNINGER | | |
|-----------------------|--|---------------------------|
| NÅR UTFØRT? | SPESIALISTUNDERSØKELSER/UTREDNINGER/ TESTER | UTFØRT AV HVILKEN INSTANS |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| DIAGNOSER | | |
|-----------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| | | |

| VEDLAGT RELEVANT BAKGRUNNSMATERIALE FRA: | JA | NEI |
|--|----|-----|
| Lege | | |
| Helsestasjon / skolehelsetjeneste | | |
| Fysioterapeut | | |
| Ergoterapeut | | |
| Barnehage / skole | | |
| PPT | | |
| BUP | | |
| Tverrfaglig møte /ansvarsgruppemøte | | |
| Individuell plan (IP) | | |
| Andre: | | |
| SUM ANTALL VEDLEGG | | |

BESKRIV AKTUELL PROBLEMATIKK OG ÅRSAK TIL HENVISNINGEN**HVILKE TILTAK ER IVERKSATT?****HVILKE TJENESTER ER DET BRUK FOR FRA BARNEHABILITERINGEN****SAMTYKKEERKLÆRING**

Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? Mor Ja Nei
 Far Ja Nei

Jeg / vi gir Barnehabiliteringen tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra: (sett kryss)

| | | | |
|---------------------|-------------------|-----------|-----|
| Helsestasjon | Barnehage | Skole/SFO | PPT |
| Fysio-/ergoterapeut | Barneverntjeneste | Statped | BUP |

Andre

Dato, foresattes underskrift

Dato, ungdommens underskrift (over 15 år)

KRAV TIL HENVISNINGEN

Henvisingsskjemaet skal alltid fylles ut. Henvisningen skal skje i samarbeid med foresatte og/eller barnet/ungdommen selv, og disse skal undertegne henvisingsskjemaet. Lege må alltid være hovedhenviser. De ulike etater/fagpersoner i kommunen som er i kontakt med og/eller gir tjenester til barnet bør sammen drøfte henvisningen. Send henvisningen pr post, ikke som vedlegg i en e-post!
Henvisingsskjema som er mangelfullt utfylt vil bli returnert til henviser.

Den som henviser må redegjøre for og dokumentere følgende:

1. De viktigste opplysningene om barnet: helse, motorikk, språk/kommunikasjon, kognisjon, atferd o.a.
2. Behandlingstiltak, fysioterapi, barnehage/skole, hjelpemidler og lignende
3. Oversikt over involverte instanser og etablerte hjelpetiltak
4. Årsak til henvisningen, og hvilken hjelp det er behov for må være så tydelig og spesifikk som mulig. Dette gjelder både ved henvisning første gang og ved senere henvisninger

Saksgang i barnehabiliteringstjenesten:

I henhold til Lov om pasientrettigheter § 2-2 vil henvisningen bli vurdert innen fristen på 10 virkedager. Resultatet av vurderingen og eventuell fastsetting av behandlingsfrist vil bli meddelt skriftlig. Dersom dere ønsker å drøfte en eventuell henvisning er dere velkommen til å ta kontakt.

Kontaktinformasjon:

Barnehabiliteringen
Klinikk Hammerfest
Sykehusveien 35
9613 Hammerfest

Tlf: 78 42 10 00 / 78 42 16 20