



**Rælingen kommune**  
Enhet familie og helse  
Forebyggende helsetjenester

## Henvendelsesskjema til fysioterapitjenesten for barn og unge

|                           |            |                          |             |                          |
|---------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| <b>Hastesak:</b>          | <b>Ja:</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Nei:</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hvis ja; hvorfor?:</b> |            |                          |             |                          |

|                     |                      |                      |                      |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Navn:</b>        | <input type="text"/> | <b>Fødselsdato:</b>  | <input type="text"/> |
| <b>Adresse:</b>     | <input type="text"/> |                      |                      |
| <b>Postnr/sted:</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| <b>Tlf:</b>         | <input type="text"/> | <b>Løpenr.:</b>      | <input type="text"/> |
| <b>Diagnose:</b>    | <input type="text"/> |                      |                      |

### Henvendelsen gjelder:

(kryss av)

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Vurdering:            | <input type="checkbox"/> |
| Veiledning:           | <input type="checkbox"/> |
| Fysikalsk behandling: | <input type="checkbox"/> |

Beskrivelse av funksjon og behov:

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

### Opplysninger om den som sender henvendelsen:

|   |                      |                  |                      |
|---|----------------------|------------------|----------------------|
| <b>Navn:</b>  | <input type="text"/> | <b>Telefon:</b>  | <input type="text"/> |
| <b>Dato:</b>  | <input type="text"/> | <b>Stilling:</b> | <input type="text"/> |
| <b>Bruker/foresatte informert/samtykket til henvisning:</b> | <input type="text"/> | <b>Dato:</b>     | <input type="text"/> |

### Fylles ut av fysioterapitjenesten:

Mottaksdato :

Sign.:

Akutt tiltak/beslutning om opplegg/tilbakemelding:

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Terapeutens navn og telefonnummer: \_\_\_\_\_