

Henvisningsgrunn

Symptombeskrivelse/beskrivelse av problemstilling

Beskriv aktuelle funn og resultater fra medisinske undersøkelser (kliniske funn, tester og undersøkelser, legemidler i bruk etc.)

Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9 (hol. kap.9)

Er det aktuelt med arbeid tilknyttet helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9?

Ja Nei

Hvis ja, er overordnet faglig ansvarlig kjent med at det er sendt henvisning?

Ja Nei

Instanser barnet/ungdommen har kontakt med

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Er det opprettet ansvarsgruppe?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Er det utarbeidet individuell plan?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Koordinators navn			Telefon
Instans og adresse			
Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Henvisende lege

Legens navn og legesenter

Adresse

Telefon

Dato

Underskrift

Medhenviser

(hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakten med habiliteringstjenesten)

Instans og kontaktperson

Adresse

Telefon

Dato

Underskrift

Vedlagte relevante rapporter/utredning (sett x)

Legeundersøkelser

PPT

Avlastning/støttekontakt/BPA

Helsestasjon/skolehelsetjenesten

Foreldreveiledning

Ansvarsgruppemøter/tverrfaglige møter

Fysioterapeut/ergoterapeut

Barnevernstjenesten

Individuell plan

Barnehage/skole

BUP

Andre

Antall vedlegg